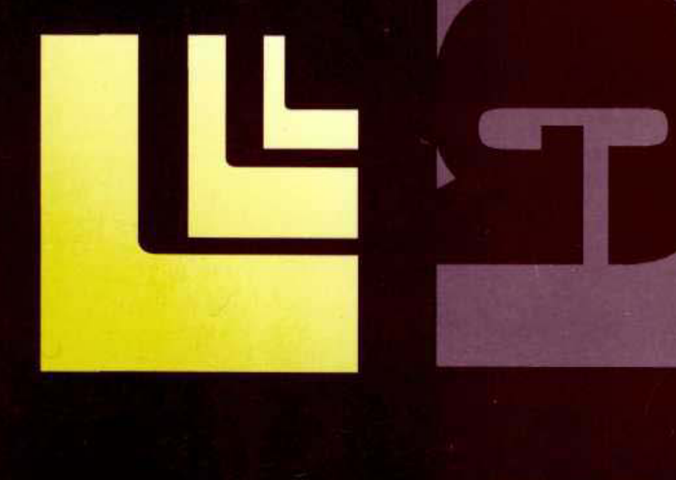
# Psiquiatría Clínica

*G. David Elkin*



LANGE



# Psiquiatría Clínica

SEP-INDAUTOR
REGISTRO PUBLICO
03-2011-021611071900-01



**McGRAW HILL INTERAMERICANA**
EDITORES, S. A. DE C.V.
Cedro 512
Col. Atlampa
México 06450, D.F.

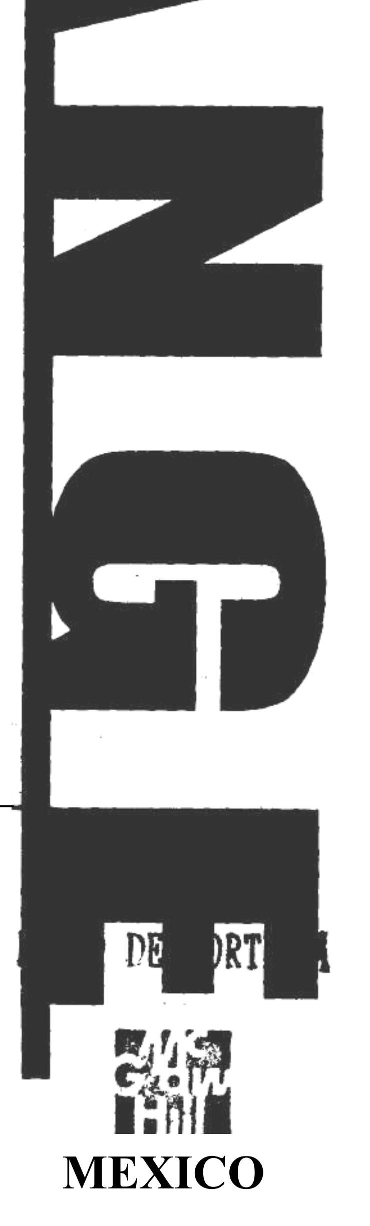
# Psiquiatría Clínica

**Editado por**
**G. David Elkin, MD**
Attending Psychiatrist
San Francisco General Hospital
Associate Clinical Professor
Department of Psychiatry
University of California, San Francisco

*Traducción:*
**María Teresa Aguilar O.**

No. REGISTRO: 03-2001-021611071900-01
TITULO : PSIQUIATRIA CLINICA

TIPO TRAMITE :REGISTRO DE OBRA
PRESENTACIÓN: LIBRO IMPRESO



**McGraw-Hill Interamericana**

HEALTHCARE GROUP
MÉXICO • AUCKLAND • BOGOTÁ • CARACAS • LISBOA • LONDRES • MADRID
MILÁN • MONTREAL • NUEVA DELHI • NUEVA YORK • SAN FRANCISCO
SAN JUAN • SINGAPUR • SIDNEY • TORONTO

**MEXICO**

**NOTA**

La medicina es una ciencia en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirán cambios de la terapéutica. El (los) autor(es) y los editores se han esforzado para que los cuadros de dosificación medicamentosa sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos y cambios en la medicina, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información contenida en ella sea precisa o completa; tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Convendría recurrir a otras fuentes de datos; por ejemplo, y de manera particular, habrá que consultar la hoja de información que se adjunta con cada medicamento, para tener certeza de que la información de esta obra es precisa y no se han introducido cambios en la dosis recomendada o en tas contraindicaciones para su administración. Esto es de particular importancia con respecto a fármacos nuevos o de uso no frecuente. También deberá consultarse a los laboratorios para información sobre los valores normales.

PSIQUIATRIA CLINICA


McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S.A. de C.V.
A subsidiary of *The McGraw-Hill Companies*
Cedro núm. 512, Col. Atlampa,
Delegación Cuauhtémoc
C.P. 06450, México, D.F.
Miembro de la Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana,
Reg. núm. 736

ISBN 970-10-2893-7

Translated from the first english edition of *Introduction to Clinical Psychiatry*
by G. David Elkin
Published by Appleton & Lange. A Simon & Schuster Company

ISBN 0-8385-4333-2

1234567890 09876543210

Impreso en México Printed in México

Esta obra se terminó de
imprimir en Agosto del 2000 en
Programas Educativos S.A. de C.V.
Calz. Chabacano No. 65-A
Col. Asturias Delg. Cuauhtémoc
C.P. 06450 México D.F.
Empresa certificada por el Instituto Mexicano
de Normalización y Certificación A.C. bajo la Norma
ISO-9002 1994/NMX-CC-004 1995 con
El núm. de registro RSC-048

Se tiraron 4,000 ejemplares

# Contenido

# Autores

**JoEllen Brainin-Rodriguez, MD**
Attending Psychiatrist, San Francisco General Hospital, and Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Louann Brizendine, MD**
Associate Professor, Langley Porter Psychiatric Institute, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Robert P. Cabaj, MD**
Chief, Department of Psychiatry, San Mateo County Medical Center, San Mateo, California, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Cameron S. Carter, MD**
Associate Professor of Psychiatry, Western Psychiatric Institute and Center, Department of Psychiatry, University of Pittsburgh

**Heather Clague, MPH**
Class of 1999, University of California, San Francisco School of Medicine

**John DiMartini, PhD**
Private Practice, Oakland, California

**David Elkin, MD**
Attending Psychiatrist, San Francisco General Hospital, and Associate Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Adriana Feder, MD**
Psychiatry Attending, Columbia-Presbyterian Medical Center and Assistant Professor, Department of Psychiatry, Columbia University, New York

**Francisco Gonzalez, MD**
Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Robert Harvey, MD**
Attending Psychiatrist, San Francisco General Hospital, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Elizabeth Lee, MD**
Attending Psychiatrist, Department of Psychiatry, San Mateo County Medical Center, San Mateo, California

**Kyra Minninger, MD**
Private Practice, San Francisco, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**James** M. **Mol, PhD**
Clinical Manager, Department of Psychology, McAuley Behavioral Health Services, Saint Mary's Hospital, San Francisco

**Kalpana I. Nathan, MD**
Attending Psychiatrist, Veterans Administration Palo Alto Health Care System, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, Stanford University, California

**Emily Newman, MD**
Attending Psychiatrist, San Francisco General Hospital, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Sudha Prathikanti, MD**
Attending Psychiatrist, San Francisco General Hospital, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Susan Scheidt, PhD**
Attending Psychologist, San Francisco General Hospital, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Arthur Sorrel, MD**
Psychiatry Resident, University of California, San Francisco

**Claudia E. Toomey, PhD**
Private practice, Oakland, California

**Sophia Vinogradov, MD**
Director, Psychiatric Outpatient Clinic, San Francisco Veterans Administration Medical Center, and Assistant Professor in Residence, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Sheldon Vile, MD**
Private practice, San Rafael, California

**Amelia J. Wilcox, PhD**
Attending Psychologist, San Francisco General Hospital, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Kristin Yaffe, MD**
Director, Memory Disorders Clinic, San Francisco Veterans Administration Medical Center, and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

**Mark Zaslav, PhD**
Director of Training, Psychology Department, San Francisco Veterans Administration Medical Center and Assistant Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of California, San Francisco

# Prefacio

A menudo los estudiantes plantean numerosas preguntas con respecto a las enfermedades mentales y su tratamiento. La presente obra se basa en la premisa de que los trastornos psiquiátricos se encuentran ampliamente distribuidos y se observan con frecuencia en el medio clínico. Los cálculos indican que durante cualquier año dado, más de 20% de la población estadounidense sufre por lo menos algún trastorno psiquiátrico. Los pacientes de las clínicas médicas generales, las clínicas especializadas y los hospitales presentan elevadas tasas de depresión, ansiedad y trastornos por uso de sustancias, además de otros problemas de salud mental. El costo de los trastornos psiquiátricos es enorme en términos de los fondos que se invierten en cuidados para la salud, la pérdida de la productividad y el sufrimiento humano, tanto para pacientes como sus familias. El estigma social que acompaña a las enfermedades mentales a menudo evita que los pacientes pidan ayuda. Muchas personas no solicitan tratamiento porque carecen de los conocimientos necesarios, o experimentan sentimientos de vergüenza e impotencia. Sin embargo, cuando los individuos deciden recibir ayuda, con frecuencia recurren al médico general o a algún otro médico no psiquiátrico. Además, debido a los cambios en el sistema para el cuidado de la salud, los proveedores de cuidados primarios se ven obligados cada vez más a valorar, diagnosticar y, en ocasiones, a tratar problemas psiquiátricos. Gracias a los avances en psicofarmacología, psicoterapia y otras disciplinas, los médicos no psiquiatras pueden tratar muchos de estos trastornos de manera sumamente eficaz.

El presente texto está diseñado para médicos no especializados en psiquiatría. Su objetivo primario es introducir a los estudiantes en los diversos diagnósticos psiquiátricos y a describir las características fundamentales de los trastornos psiquiátricos más graves. También se concede atención a las técnicas para entrevistar al paciente y a las destrezas diagnósticas. Alrededor de la cuarta parte del texto consta de casos de estudio que ilustran los principios fundamentales y subrayan la dimensión humana de estos trastornos. Se hace menos énfasis en su tratamiento, ya que los principios del mismo suelen ser más avanzados y es preciso discutirlos con los supervisores residentes y los médicos a cargo.

Este libro comienza con una revisión de la valoración del paciente y el examen del estado mental; asimismo, introduce y define los términos fundamentales que constituyen la base del vocabulario de los aspectos y las afecciones psiquiátricas. A continuación se incluyen capítulos sobre los principales trastornos psiquiátricos. La última cuarta parte del libro se dedica a aspectos especiales de los cuidados psiquiátricos, incluyendo poblaciones especiales, pacientes afectados por HIV, métodos basados en sistemas, cuidados transculturales y temas relacionados con las mujeres y las personas sin hogar.

El médico que trata con pacientes psiquiátricos en general experimenta reacciones fuertes y confusas como consecuencia. Estas respuestas proporcionan información importante acerca de los enfermos y le permiten efectuar un diagnóstico más preciso y dar un tratamiento más eficaz. Por tanto, cada capítulo incluye una sección sobre las reacciones emotivas ante los pacientes y las implicaciones de las mismas. También se describen los aspectos éticos y legales relacionados con cada trastorno. Por lo regular los estudiantes aprenden ética en algún curso aparte durante su preparación preclínica o clínica; sin embargo, al cuidar de los pacientes a veces surgen consideraciones éticas, por lo cual se considera fundamental que los futuros médicos clínicos estén sensibilizados ante estos aspectos y que sean competentes para tratarlos.

Las referencias que se incluyen al final de cada capítulo constituyen una muestra importante de la literatura psiquiátrica, incluyendo las páginas en internet y en la red mundial *(world wide web),* los cuales junto con sus sitios de enlace permiten obtener información actualizada sobre trastornos y aspectos relacionados. Además de las referencias canónicas tradicionales, muchos capítulos incluyen descripciones personales de los pacientes acerca de sus experiencias al luchar contra diferentes afecciones.

Dichas descripciones, junto con los casos de estudio que se incluyen en cada capítulo, toman en cuenta una faceta importante de la medicina psiquiátrica que en ocasiones se pasa por alto: el propio paciente. Las categorías *DSM-IV y* las destrezas de diagnóstico diferencial son importantes, pero no deben convertirse en el fin en sí. Para mantener el enfoque sobre el paciente, se describen casos modificados o combinados para proteger la confidencialidad de los verdaderos personajes y se hace referencia a descripciones personales con objeto de recordar a los lectores el aspecto "humano" de las enfermedades mentales, las cuales a menudo suelen ser devastadoras.

Otra meta importante del presente texto es estimular a los estudiantes a aplicar su experiencia clínica para aprender no solamente sobre sus pacientes, sino también para conocerse a sí mismos, a reconocer la universalidad del sufrimiento, adquirir conciencia de la tendencia a distanciarse de los pacientes o considerarlos de manera deshumanizada, y a ponderar algunas de las difíciles cuestiones que plantea la medicina. Espero que los estudiantes se sientan alentados a preguntarse a sí mismos: ¿quién soy?, ¿cuáles son mis limitaciones, prejuicios y puntos fuertes?, ¿cómo puedo ayudar a los pacientes a mi cargo?, y ¿cómo se relacionan estas experiencias con mi propio crecimiento y desarrollo profesional y personal? Considerar estas cuestiones forma parte del reto y compromiso de nuestra profesión, la cual en ocasiones resulta agotadora, difícil, pero también inspiradora y compensadora.

## AGRADECIMIENTOS

Deseo hacer patente mi agradecimiento a los numerosos colegas que hicieron posible la publicación de la presente obra. John Dolan y Gregory Huth, de la editorial Appleton & Lange, desempeñaron papeles claves en la formulación del proyecto, y Amanda Suver y John Butler dieron seguimiento a la obra de principio a fin, proporcionándonos valiosa ayuda y orientaciones. La editora de desarrollo, Amy Marks, me ayudó con paciencia a pulir los diversos capítulos hasta que alcanzaron su forma final. Los datos y la retroalimentación constructiva que me proporcionaron mis colegas y contribuyentes del Hospital General de San Francisco y del Centro Médico de la Universidad de California en San Francisco se reflejan en la calidad de este texto al entrar a la imprenta. Mis amistades, mis familiares y en particular mi esposa y mi hijo me proporcionaron datos muy valiosos, además de su apoyo y aliento.

El material que contiene el presente texto se enriqueció ampliamente con el transcurso de los años gracias a la retroalimentación constructiva de los estudiantes y residentes de diversos departamentos de la Universidad de California en San Francisco y a los miembros docentes de la Universidad de California en Davis. Aunque demasiado numerosos para expresarles mi agradecimiento de manera individual, deseo hacer patente mi gratitud a los diversos estudiantes, colegas e instructores que me ayudaron a formarme una visión personal de este tema tan fascinante y complejo. También estoy agradecido a los pacientes, quienes me enseñaron más de lo que ellos suponen y cuyo sufrimiento, humor, fuerza y valor me proporcionaron lecciones perdurables y me permitieron comprender mejor la medicina y la humanidad.

David Elkin
San Francisco
Junio, 1998

# Introducción al diagnóstico psiquiátrico y evaluación del paciente

# 1

*David Elkin, MD*

La mayoría de los estudiantes de medicina se especializan en campos no psiquiátricos, como medicina general, cuidados primarios, o práctica familiar, o en campos especializados como dermatología, cirugía, o neurología. Sin embargo, todos los médicos necesitan comprender de manera básica las enfermedades mentales y su tratamiento. Las modificaciones al sistema para el cuidado de la salud ocasionan cada vez más que los médicos no psiquiatras sean responsables del diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales. Por lo tanto, la psiquiatría adquiere mayor importancia dentro de la práctica de la medicina. Actualmente se sabe que los trastornos psiquiátricos son comunes en el medio de pacientes internos y externos, y los estudios de la última década indican incrementos importantes en morbilidad, mortalidad y costos relacionados con trastornos psiquiátricos sin tratamiento en pacientes médicamente enfermos.

## INCIDENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

En cualquier año dado en Estados Unidos, más de 50 millones de personas (o sea, más del 20% de la población) presentan algún trastorno mental diagnosticable que interfiere con su capacidad para funcionar en su trabajo o en sus relaciones sociales. Treinta millones de personas sufren de trastornos de ansiedad, como trastorno de pánico y trastorno de tensión postraumática. De ocho millones a 12 millones de personas experimentan un episodio de depresión al año, y hasta uno de cada cinco individuos presenta algún episodio de depresión en el curso de su vida. La demencia afecta a cerca de 10 millones de personas al año y su incidencia aumenta con rapidez a medida que las personas nacidas después de la Segunda Guerra Mundial envejecen. El 1 % de la población padece esquizofrenia, y una proporción similar presenta trastorno bipolar, el cual se caracteriza por cambios del estado de ánimo que van de la depresión a la manía. Cada año 30 000 suicidas logran su objetivo, y decenas de miles de personas quedan incapacitadas por intentos de suicidio. En la actualidad, el suicidio es la tercera causa principal de muerte entre personas jóvenes, de 15 a 24 años.

El costo de las enfermedades mentales es abrumador; se invierten 55.4 miles de millones de dólares anualmente en gastos directos por enfermedades mentales, y se invierten 11.4 miles de millones de dólares al año como gasto directo por uso de sustancias. El costo indirecto de las enfermedades mentales y del uso de sustancias basado en ausentismo, pérdida de productividad en el trabajo, accidentes y muertes prematuras, se estima en 273 mil millones de dólares, al año. Puede decirse que, en comparación con el costo de las enfermedades físicas crónicas, las enfermedades mentales son ligeramente menos costosas que las enfermedades cardiacas, pero más costosas que la diabetes, las enfermedades pulmonares y otras afecciones físicas ampliamente reconocidas. No obstante, estas estadísticas no logran reflejar el grado en el cual los pacientes y sus familias sufren como resultado de dichas enfermedades.

A pesar de la enorme carga emotiva y financiera que producen las enfermedades mentales, los trastornos psiquiátricos siguen siendo poco reconocidos y casi no reciben tratamiento. Sólo una de cada cinco personas que padecen alguna enfermedad mental solicita tratamiento alguna vez. Entre las personas afectadas quizá muchas teman al estigma.de la enfermedad mental y por ello no se acerquen a los profesionales de salud mental para recibir ayuda; en vez de ello, muchos acuden a las clínicas para pacientes externos y a las salas de urgencias médicas.

Numerosos estudios indican que un amplio porcentaje de los pacientes de las clínicas de cuidados primarios experimenta alguna enfermedad mental. Entré el 10% superior de los pacientes que acuden al sistema de cuidados para salud por quejas físicas, casi las dos terceras partes presentan algún trastorno de ansiedad o del estado de ánimo.

En cualquier momento dado, en un grupo típico de 100 pacientes externos con quejas médicas, el 40% sufre alguna incomodidad psicosocial importante. El 25% cumple con los criterios completos para un trastorno psiquiátrico, aunque en algunas clínicas urbanas de salud pública dicha cifra se eleva a la mitad, o inclusive hasta las dos terceras partes de todos los pacientes. A pesar de la disponibilidad de entrenamiento adicional y campañas de salud pública, los médicos sólo logran efectuar un diagnóstico psiquiátrico preciso en cerca de la mitad de las veces. Los médicos prescriben tratamiento para menos de uno de cada cinco de los individuos afectados con algún trastorno psiquiátrico. En ciertos casos, el tratamiento prescrito resulta inapropiado y no es eficaz, por ejemplo, las prescripciones de tranquilizantes para síntomas de depresión.

En ocasiones los pacientes presentan síntomas psiquiátricos provocados por trastornos médicos. Con frecuencia a estas personas se les diagnostica de manera errónea depresión, ansiedad, o psicosis, en cuyo caso sus problemas médicos subyacentes quedan sin detectar, y por lo tanto no reciben tratamiento.

Hay varios motivos por los cuales los médicos a menudo no logran diagnosticar las enfermedades mentales. En primer lugar, quizá los propios pacientes carezcan de los conocimientos necesarios para estar conscientes de que padecen algún trastorno psiquiátrico y en vez de ello se presenten en la clínica médica con diversas quejas somáticas (físicas). Por otra parte, se cree que diversos factores que contribuyen a las fallas en los diagnósticos de estos individuos se asocian con los propios médicos. Quizá los proveedores de cuidados primarios sean ignorantes por lo que respecta a las enfermedades mentales, o carezcan del entrenamiento psiquiátrico básico, y algunos no están convencidos de que los trastornos psiquiátricos sean tan "reales" como las enfermedades médicas y sólo se enfocan en las quejas físicas. Otros consideran que los problemas psiquiátricos son de tipo moral y comparten la creencia popular de que las enfermedades psiquiátricas son resultado de alguna falla personal. El breve tiempo que se dedica al examen de cada paciente (que en la actualidad es inferior a 10 minutos por persona en promedio) probablemente Ocasione que el médico se enfoque en los síntomas físicos y no dedique tiempo a discutir las enfermedades psicosociales.

En algunos medios clínicos no se dispone de consulta psiquiátrica y el costo de una referencia puede resultar prohibitivo para aquellas clínicas conscientes de los costos. Diversos planes de administración de cuidados para la salud a menudo esperan que los proveedores de cuidados primarios diagnostiquen y traten a los pacientes que padecen enfermedades psiquiátricas. Un cuerpo cada vez mayor de investigaciones demuestra que, en último término, el costo de no dar tratamiento a los trastornos psiquiátricos es sumamente alto y da lugar a más visitas y pruebas inadecuadas en el medio médico, a menor satisfacción con la atención médica y a un aumento de morbilidad y mortalidad por afecciones médicas debidas abajo cumplimiento y a otros factores. El sufrimiento emotivo que los trastornos psiquiátricos provocan a los pacientes y a sus familias es menos visible y más difícil de comprender para los observadores, y constituye un motivo importante para proporcionar una evaluación pronta a las enfermedades mentales y darles tratamiento.

## CAUSAS DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

En las últimas décadas se produjeron avances psiquiátricos en la comprensión de las causas de los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, aún se desconoce a fondo la relación entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que en ellas influyen. La contribución de la genética a las enfermedades y al comportamiento de los enfermos se deriva de estudios en gemelos y de otros estudios de sondeo de las influencias hereditarias. Otras explicaciones biológicas se derivan de la actividad farmacológica de los medicamentos, que implican distintos desequilibrios de neurotransmisores en las enfermedades psiquiátricas. La tomografía computadorizada (TC) y las imágenes de resonancia magnética (IRM) de la cabeza permiten detectar anormalidades estructurales mientras que la tomografía de emisión de positrones (TEP) y la IRM en tiempo real permiten "asomarse" a valorar el funcionamiento cerebral.

La abundante evidencia que indica que ciertos factores biológicos son causa de trastornos psiquiátricos constituye tan sólo una parte del cuadro total. Las causas psicológicas de las enfermedades psiquiátricas también están bien documentadas, incluyendo el proceso de desarrollo en pacientes con trastornos de la personalidad, el efecto de la baja autoestima sobre el criterio y la toma de decisiones en casos de depresión, los factores psicológicos que inician y mantienen el uso de sustancias, y el temor y deseo de evitar a la gente que se observa en los trastornos de ansiedad. Para comprender y tratar las enfermedades mentales también es importante considerar qué estilo emplea el paciente para adaptarse a la tensión y la ansiedad. Los sujetos con frecuencia recurren a diversos mecanismos psicológicos de defensa para controlar la ansiedad, pero en ocasiones no están conscientes de que usan estas estrategias de adaptación. La naturaleza inconsciente de determinados aspectos del funcionamiento mental se explora en capítulos posteriores.

Los factores sociales y ambientales también se relacionan de manera causal con los trastornos psiquiá-

tríco*s*. Las tensiones graves de la vida suelen preceder a los trastornos psiquiátricos y las enfermedades mentales con frecuencia precipitan la alteración de la vida familiar del individuo, de su desempeño en el trabajo y de su apoyo social. Es preciso caracterizar los antecedentes familiares y las relaciones sociales y de trabajo del paciente. Otro factor social importante son sus antecedentes culturales, ya que con frecuencia afectan en forma considerable a los síntomas que se observan y a la manera en que el paciente o su familia entienden los trastornos psiquiátricos.

Por supuesto, los factores etiológicos no determinan la enfermedad independientemente como se mencionó más arriba. Para concebir (Semanera más completa la enfermedad mental, es preciso reconocer que en ella entran en juego diversos factores, entre ellos los biológicos, los psicológicos y los ambientales.

## EL *DSM-IV* Y LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Los trastornos psiquiátricos se clasifican mediante el *Diagnostic Statistical Manual* (Manual de Diagnóstico Estadístico) (4a. edición) llamado también *DSM-IV*. Cada edición sucesiva del *DSM* actualiza las categorías diagnósticas con base en investigaciones clínicas. El *DSM-IV* divide los trastornos psiquiátricos en los siguientes grupos principales (entre paréntesis se indica en qué capítulo se describe cada grupo):

- **demencia y delirio** (véase cap. 3),
- **trastornos psicóticos** (p. ej., esquizofrenia; véase cap. 4),
- **trastornos afectivos** (p. ej., depresión grave [véase cap. 5] y trastorno bipolar [afectivo], conocido anteriormente como enfermedad maniaco -depresiva [véase cap. 6]),
- **trastornos de ansiedad** (p. ej., trastorno de páni co, fobia social, fobia simple, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tensión postraumática, véanse caps. 7 y 8),
- **trastornos somatiformes** (p. ej., trastorno de con versión, trastorno de dolor, hipocondriasis, trastor no de somatización y trastorno dismórfico cor poral; véase cap. 9),
- **trastornos disociativos** (véase cap. 10),
- **trastornos de uso de sustancia** (p. ej., abuso de alcohol, cocaína, heroína y otras drogas; véase cap. 11),
- **trastornos de personalidad** (véase cap. 12).

Los trastornos se especifican en los siguientes ejes del *DSM-IV:*

- **Eje I**: trastornos psiquiátricos principales, inclu yendo demencia, delirio, depresión, manía, dependencia y abuso de sustancias, trastornos de ansiedad; también incluye psicosis, depresión, manía, ansiedad o cambios de personalidad debidos a afecciones médicas.
- **Eje II:** trastornos de personalidad, trastornos del desarrollo, incluyendo trastornos infantiles, como retraso mental.
- **Eje III:** afecciones médicas.
- **Eje IV**: tensiones psicosociales en la vida del paciente.
- **Eje V**: valoración global en una escala de 0 a 100 de qué tan bien funciona el paciente en sentido general (p. ej., su funcionamiento psicológico, social y ocupacional).

El *DSM-IV* ayuda a normar los diagnósticos de los trastornos psiquiátricos aplicando criterios objetivos para las categorías de enfermedades validadas clínicamente. Por lo tanto, uno de los puntos a favor del uso del *DSM-IV* es que constituye un instrumento común con un lenguaje uniforme que permite a los médicos clínicos describir, reportar y discutir los trastornos psiquiátricos. Sin embargo, a menudo existen diferencias (p. ej., en los antecedentes, la sintomatología, la expresión de la enfermedad y otros aspectos clave) entre pacientes que padecen el mismo trastorno. Por lo tanto, esta clasificación de enfermedades no constituye un sustituto del hecho de comprender a fondo a los pacientes y sus experiencias de manera individual.

## LA VALORACION PSIQUIATRICA

La valoración del paciente psiquiátrico debe efectuarse mediante un procesó paso por paso (véase fig. 1-1). Estos pasos incluyen una revisión del expediente del paciente y de las fuentes colaterales de información. Se entrevista al individuo prestando especial atención a los antecedentes de la enfermedad actual, a sus antecedentes psiquiátricos y clínicos pasados y al examen del estado mental, incluyendo las observaciones físicas pertinentes. A continuación el clínico elabora un diagnóstico diferencial de los posibles trastornos psiquiátricos que expliquen los síntomas. Los estudiantes probablemente desarrollen la formulación de la afección del paciente y el plan del tratamiento tras consultar con el médico residente y el médico a cargo del enfermo. Las reacciones emotivas del clínico ante el paciente en ocasiones constituyen una abundan-

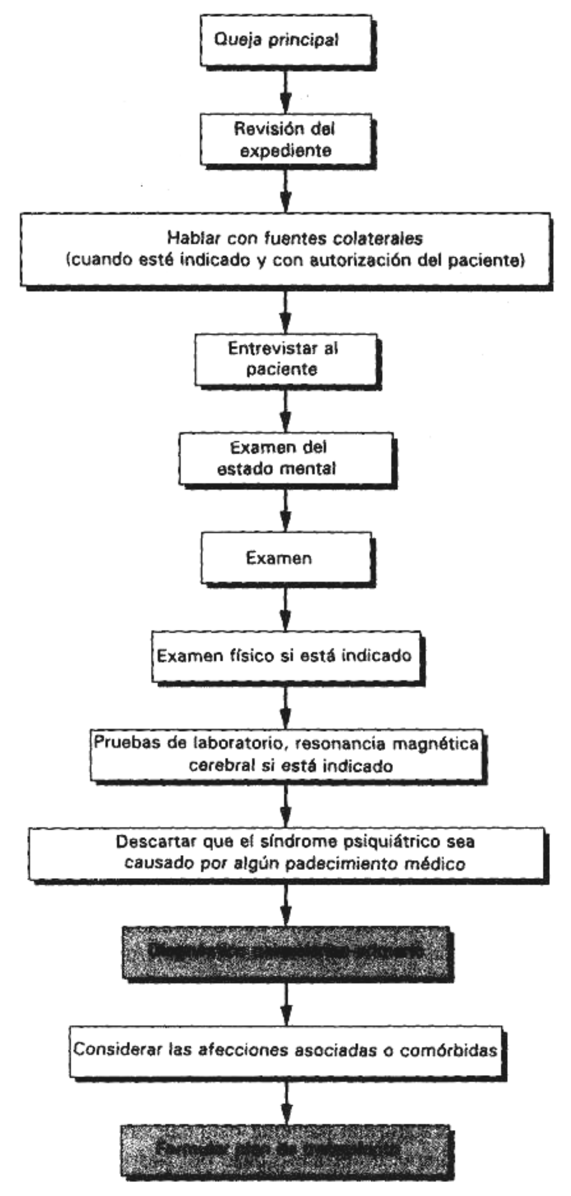



**Fig. 1-1.** Pasos para evaluación v diagnóstico de síntomas psiquiátricos.

te fuente de información y además es preciso tener en cuenta los aspectos éticos y legales.

## EL PROCESO DE ENTREVISTA

**Establezca el objetivo y el contexto de la entrevista.** En ocasiones, los estudiantes consideran que sus pacientes están familiarizados con los objetivos y circunstancias de la entrevista. Sin embargo, muchas personas requieren orientación al respecto. A continuación se da un ejemplo: "Buenos días, Sr. S. Gracias por aceptar esta entrevista. Soy Gina J, estudiante de medicina de tercer año y formo parte del equipo médico de tratamiento. Deseo hacerle unas preguntas sobre lo que le ha estado pasando, para que junto con el médico que lo atiende podamos determinar el mejor tratamiento para usted. Le formularé unas preguntas breves para verificar su concentración y memoria, las cuales nos tomarán aproximadamente cinco minutos. Contamos con una hora, hasta las 3:00 PM, y dejaremos algo de tiempo para que usted me pregunte lo que desee. ¿Desea saber algo antes de comenzar?"

**Diga con claridad cuál es su función.** Los estudiantes deben explicar el papel que desempeñan dentro de la estructura del equipo médico, indicando de manera explícita que son estudiantes que trabajan con los residentes y médicos a cargo y se comunican con ellos. Los estudiantes deben explicar las limitaciones de su función en caso pertinente, por ejemplo, que necesitan respaldo para tomar decisiones clínicas importantes, para firmar órdenes, etc. Pueden identificarse como parte del equipo médico de tratamiento y explicar su capacidad para funcionar como defensores del paciente. Es poco ético, o ilegal e inaconsejable que el estudiante se introduzca como médico o se haga llamar así de manera indirecta.

**Cálmese tanto usted como el paciente.** En caso de que el paciente parezca ansioso, conviene que el estudiante le pregunte si algo le molesta y si él puede colaborar para mejorar la situación. Antes de iniciar su interacción con el paciente, el estudiante debe examinar sus propias emociones. Muchos observan que están preocupados y se concentran demasiado para no olvidar los puntos clave de la entrevista o las preguntas para medir la capacidad cognoscitiva del paciente. En ocasiones es útil que el estudiante lleve consigo estos puntos por escrito y los consulte durante la entrevista de ser necesario, explicando al paciente en particular que el objetivo de estos recordatorios es asegurarse de que la entrevista sea completa.

**Identifíquese con el paciente.** El estudiante debe intentar formar una alianza con el paciente. Quizá si le demuestra empatía y comprensión de sus circunstancias, él comprenda que el estudiante verdaderamente se interesa en él, y es capaz de ayudarle. Esta actitud también ayuda a mejorar la comunicación y se ha demostrado que en muchos casos resulta terapéutica.

**Dé seguimiento a aquellos aspectos que le provoquen emociones fuertes.** Cuando los pacientes se ponen tristes, enojados, o felices, o presentan otras respuestas emotivas fuertes, muchos entrevistadores simplemente continúan formulándoles preguntas. En vez de ello, es aconsejable detenerse y explorar la respuesta del paciente formulándole preguntas como las siguientes: "Me parece que se siente un poco triste.

¿Me podría decir en qué está pensando?" o "Me pareció que se enojó mucho cuando le pregunté acerca de su jefe. ¿Puede decirme algo al respecto?" Prestar atención a los estados emotivos del paciente a menudo permite obtener información valiosa y también ayuda a reforzar la alianza terapéutica entre el entrevistador y el paciente, al reconocer la importancia de las experiencias subjetivas de este último.

**Adapte el estilo de entrevista.** El estudiante puede recurrir a diversas preguntas de tipo abierto o cerrado, dependiendo del paciente y de la situación. Las preguntas cerradas están diseñadas para obtener respuestas breves por ejemplo, "¿En qué fecha nació?" Las preguntas abiertas son menos específicas y permiten obtener respuestas más amplias, por ejemplo "¿Podría decirme por qué visita la clínica el día de hoy?" Las preguntas cerradas producen respuestas precisas, pero dan lugar a una entrevista tan estructurada, que quizá impidan que el entrevistador reconozca cómo piensa el paciente al enmascarar sus pensamientos desorganizados o psicóticos, u ocasionar que el paciente se "retraiga".

Las preguntas abiertas a menudo ayudan a comprender los pensamientos y emociones del paciente y su estilo para organizar la información, pero son poco ventajosas con personas que gustan de explayarse y que necesitan de la ayuda del entrevistador para organizar sus pensamientos. A menudo es útil iniciar la entrevista con una pregunta abierta para observar los pensamientos espontáneos del paciente. Por ejemplo, el estudiante podría comenzar la entrevista preguntando: "¿Por qué motivo visita la clínica el día de hoy?" y permitir que el paciente le dé una explicación de aproximadamente cinco minutos.

**No efectúe transiciones abruptas.** Al cambiar de una a otra área por investigar, muchos clínicos olvidan explicar por qué se investigan estas áreas de información, o no introducen los nuevos temas. Por ejemplo, el estudiante puede decir "Ha sido de mucha ayuda revisar sus antecedentes. Ahora quisiera cambiar un poco de tema y preguntarle sobre los medicamentos que ha estado tomando".

**Aclare los puntos confusos.** Cuando la respuesta es poco clara, es conveniente que el entrevistador investigue el tema más a fondo. Esto debe realizarse con interés y respeto genuinos, diciendo por ejemplo: "No entiendo con claridad lo que acaba de decirme sobre las tensiones que experimenta. Le repetiré en mis palabras lo que entendí y por favor indíqueme si estoy en lo correcto."

**Evite efectuar suposiciones.** Es importante comprender la perspectiva del paciente sobre su propia vida y enfermedad. En ocasiones los entrevistadores aplican sus propios razonamientos, valores y criterios al entrevistado sin estar conscientes de ello. Por ejemplo, muchos profesionales médicos suponen que los individuos con dependencia de drogas o del alcohol reconocen que el uso de sustancias es un problema y desean recibir tratamiento. Esta suposición quizá refleje la respuesta hipotética del propio entrevistador en caso de que él padeciera dependencia de las drogas, y sin embargo, muchas personas minimizan el problema de uso de sustancias y niegan la necesidad de modificar cualquier cosa al respecto.

**Emplee intervenciones adecuadas a la situación ("aquí y ahora").** Esta poderosa técnica se enfoca en lo que ocurre durante la entrevista. Si el paciente indica que se siente incómodo al hablar con otras personas, el entrevistador puede preguntarle, "Y ¿qué podría decirme sobre lo que siente ahora mismo? ¿Se siente incómodo al platicar conmigo?" Otra intervención conveniente que puede aplicarse durante la entrevista o al finalizarla es preguntar "¿Cómo se sintió durante la entrevista?"

**Esté consciente de las reacciones emotivas.** Los entrevistadores deben intentar estar conscientes de su propios pensamientos y sentimientos, pues quizá esto afecte su comportamiento hacia el paciente o revele el estado emotivo de este último.

**Reserve cinco minutos para completar los datos clínicos faltantes.** Los entrevistadores a menudo trabajan mejor si reservan cinco minutos al final de la entrevista para revisar los síntomas psiquiátricos, aclarar las áreas confusas, o dar al paciente la oportunidad de formular preguntas sin sentirse presionados. Recuerde que debe ayudar a identificar las áreas relativamente fuertes de los pacientes. En algunos casos, al revisar los antecedentes psiquiátricos con el paciente se detectan áreas problemáticas, o el proceso da lugar a sentimientos de vergüenza. Por lo tanto hacia el final de la entrevista es aconsejable preguntar al paciente cuáles son sus puntos fuertes personales y sus atributos o cualidades.

**Solicite retroalimentación.** Quizá el estudiante se pregunte cómo se desempeñó durante la entrevista. Tal vez repase en su mente una y otra vez algún error que cometió, algo que le faltó preguntar, o alguna omisión. Es conveniente que solicite retroalimentación de los pacientes, por ejemplo preguntándoles "¿Qué le pareció la entrevista?"

**Plantéese como meta de por vida la adquisición de destrezas para entrevistar.** Aunque las destrezas para entrevistar son fundamentales para casi cualquier clínico, a menudo se espera que los estudiantes las adquieran de manera mucho menos estricta que sus demás destrezas clínicas. Es recomendable que soliciten de manera activa ser observados por otros compañeros y por supervisores para obtener retroalimentación de ellos. Por último, también es recomendable que los estudiantes observen a otros profesionales y aprendan de ellos, pero que desarrollen un estilo propio.

**Esté preparado para lidiar con problemas especiales.** Los problemas que surgen en el curso de la entrevista pueden parecer abrumadores si el estudiante no está preparado para enfrentarlos. En la presente sección se describen algunas de las situaciones problemáticas más comunes que suelen surgir en el curso de las entrevistas.

- **El paciente pide al entrevistador que se marche.** En ocasiones los pacientes se niegan a cooperar durante la entrevista, en particular los pacientes internos de tipo psiquiátrico que se encuentran hospitalizados en contra de su voluntad, o que padecen perturbaciones psiquiátricas más graves. Las estrategias sugeridas incluyen explorar por qué el paciente no desea hablar y si él o ella tiene algún temor específico con respecto a la entrevista. Por otra parte, tal vez valga la pena iniciar una discusión con el paciente sobre aspectos no psiquiátricos o clínicos, por ejemplo con preguntas sobre algún programa de televisión de moda, o sobre algún libro que esté leyendo. Si el paciente continúa negándose a ser entrevistado, el estudiante debe indicarle cuándo regresará para intentar entrevistarlo de nuevo y por qué la información que se obtenga será de beneficio mutuo.
- **El paciente solicita consejo sobre su diagnóstico o tratamiento.** En ocasiones el paciente pregunta acerca de su diagnóstico. Quizá sea de utilidad revisar con él los diagnósticos que se están considerando, pero si su afección es poco clara, tal vez sea más conveniente explicarle que el equipo médico aún no ha llegado a un diagnóstico, que su proceso de evaluación continuará y que se le informará sobre su afección y el tratamiento propuesto en forma cotidiana.
- **El paciente ofrece información sólo cuando el estudiante promete no revelarla.** Los estudiantes siempre deben mantener comunicación libre con el médico residente y el supervisor a cargo, y nunca deben consentir en no revelarles algún tipo de información, ya que si se les oculta información clínica importante, probablemente el diagnóstico y el plan de tratamiento sean menos precisos y eficaces. O tal vez el estudiante tenga que. romper este acuerdo en caso de que el enfermo le revele información vital, como pensamientos suicidas, lo cual reducirá la confianza del paciente hacia el equipo médico. Los sujetos que intentan dividir a los miembros del equipo a menudo presentan trastornos de personalidad asociados con un comportamiento impulsivo o suicida.
- **El paciente desea seguir trabajando con el estudiante tras terminar la rotación.** Los estudiantes deben indicar con claridad que su relación con el paciente terminará al finalizar su rotación.
- **El paciente desea salir con el estudiante.** Los estudiantes siempre deben mantener una actitud y un comportamiento profesional hacia los pacientes. La amistad y las relaciones románticas con los enfermos ponen en peligro su tratamiento en la mayoría de los casos, y les provocan inquietud significativa o empeoran sus trastornos psiquiátricos en ciertas instancias.
- **El paciente efectúa insinuaciones sexuales o abusa de manera verbal, sexual, o física del estudiante.** Cualquier forma de abuso debe reportarse al supervisor de inmediato. La mayoría de las escuelas de medicina tiene una política de tolerancia cero hacia los insinuaciones sexuales, incluyendo los que provienen de otros miembros del personal.

## ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS Y EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

La psiquiatría difiere de otras especialidades médicas porque no cuenta con pruebas de laboratorio confiables para identificar trastornos específicos. El diagnóstico psiquiátrico se basa principalmente en la anamnesis del paciente y en el examen de su estado mental.

### 1. ANAMNESIS

**Queja principal.** Se pregunta al paciente por qué acudió a una consulta a la clínica u hospital. Si la consulta psiquiátrica fue solicitada por otro médico, se investiga el motivo de la referencia. Se caracteriza su enfermedad actual preguntando al individuo cuánto tiempo ha experimentado los síntomas, si el inicio de la enfermedad se relacionó con algún tipo de tensión y lo que entiende acerca de ella.

**Revisión de los síntomas psiquiátricos.** Se pregunta brevemente al paciente sobre los síntomas más destacados de los principales trastornos psiquiátricos mencionados más arriba, en caso de que dichos síntomas no se hayan incluido en los antecedentes de la enfermedad actual. En el cuadro 1-1 se revisan las preguntas que se emplean para detección de las características de las principales afecciones psiquiátricas. Las preguntas de detección primaria deben formar parte de toda evaluación inicial. Cuando la respuesta del paciente a las preguntas primarias sea positiva, se continúa con las preguntas de seguimiento.

**Uso de sustancias.** Se investigan los patrones de uso de sustancia del paciente, incluyendo el consumo de alcohol y uso de drogas ilícitas como marihuana, cocaína, heroína y alucinógenos. Quizá sea de ayuda pedir a la persona que estime la cantidad de drogas y alcohol que usó la semana anterior para evitar respuestas ambiguas o poco precisas.

**Cuadro 1 -1. Temas en que se basan bis preguntas para detección de los trastornos psiquiátricos fundamentales[1]**

| *Síntomas fundamentales* | *Preguntas para la detección primaría (inicial)* | *Preguntas de seguimiento* |
|---|---|---|
| Demencia | Problemas de memoria | Problemas de concentración, pensamiento abstracto, criterio, comportamiento |
| Delirio | Desorientación | Perturbación de los ciclos del sueño, ilusiones/problemas con la memoria o la concentración |
| Esquizofrenia | Alucinaciones, ilusiones, paranoia | Pensamientos desorganizados; poderes mágicos, telepatía, precognición |
| Depresión | Estado de ánimo deprimido, pensamientos suicidas, perturbación del sueño, pérdida del placer, cambios del apetito y peso | Fatiga; sentimientos de impotencia; disminución del impulso sexual; sentimientos de baja autoestima o culpa; problemas para la toma de- decisiones y de concentración |
| Trastorno bipolar | Estado de ánimo elevado, menor necesidad de dormir | Hablar o pensar más rápido de lo usual; sentimientos de grandiosidad; gastar de más,búsqueda de actividades agradables |
| Trastornos de ansiedad | Episodios de ansiedad y pánico; pensamientos obsesivos, comportamientos compulsivos; fobias o comportamientos para evitar el contacto social | Inquietud, irritabilidad y nerviosismo generalizados; pensamientos intrusivos sobre contaminación, daño a otros, simetría; lavarse las manos de manera compulsiva, rituales de verificación o almacenamiento |
| Síndrome de tensión postraumática | Exposición a sucesos traumáticos, escenas retrospectivas, pesadillas | Hipervigilancia, síntomas de excitación; culpa por supervivencia |
| Trastornos somatiformes | Síntomas físicos inexplicables | Preocupaciones crónicas sobre la salud, dolor a pesar de resultados negativos en exámenes y pruebas; convicción de padecer alguna malformación en alguna parte del cuerpo |
| Trastornos disociativos | Sentimientos de despersonalización y desrealización; pérdida en el tiempo, amnesia temporal | Creer que hay otra persona dentro de sí mismo que lleva el control, carecer de recuerdos de la niñez |
| Uso de sustancias | Antecedentes de uso de alcohol y drogas, problemas legales, con familiares o conocidos, o en el trabajo debido al uso de sustancias; cuando bebió por última Vez | Cuestionario "CAGE" (véase cap. 11) |
| Trastornos de personalidad (rama B) | Labilidad emotiva y reactividad; comportamiento impulsivo; comportamiento suicida, autoestimulación; arrestos, problemas legales | |
| Trastornos alimenticios | Sensación subjetiva de tener exceso de peso; períodos de ingesta excesiva y vómito provocado (purga) | Comportamientos restrictivos o ritualistas en torno a tos alimentos; abuso de laxantes, ejercicio excesivo |
| SIDA (factores de riesgo) | Comportamiento de alto riesgo (no usar condón ni esterilizar las agujas) | |

[1]Las preguntas de detección primaria deben formar parte de toda evaluación inicial. Cuando las respuestas a algunos de los temas primarios sean positivas, será conveniente tomar en cuenta los temas que se indican en la columna siguiente.

**Antecedentes psiquiátricos.** Se interroga al paciente acerca de sus enfermedades psiquiátricas previas, incluyendo contactos con profesionales de salud mental, hospitalizaciones psiquiátricas y medicamentos prescritos.

**Antecedentes sociales y de desarrollo.** Lo ideal es que el entrevistador recopile una biografía completa del paciente, incluyendo detalles sobre su nacimiento, logros de desarrollo, su niñez (incluyendo las relaciones con sus padres, hermanos y amigos), sus

experiencias escolares y de trabajo y su experiencia militar (si la tiene).

**Anamnesis.** Se anotan todos los problemas médicos actuales y pasados.

**Medicamentos.** Se pide al paciente que elabore una lista de todos los medicamentos de prescripción o sin receta que toma actualmente y que indique si sigue las instrucciones de la prescripción. En caso de que el sujeto se encuentre hospitalizado, se incluyen en la lista los medicamentos que tomó antes y en el curso de la hospitalización. Los estudiantes deben determinar con qué frecuencia toma el enfermo aquellos medicamentos que aparecen como prn (siglas de "por razón necesaria").

**Antecedentes familiares.** Se pregunta al paciente acerca de la incidencia de enfermedades psiquiátricas y médicas entre los miembros de su familia.

## 2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

**Apariencia y comportamiento.** Se observan las características importantes de la apariencia del paciente, como su comportamiento, aseo, higiene y vestimenta; si su edad aparente es similar a su edad cronológica; si mantiene contacto visual y su actitud hacia el examinador; su marcha y porte; sus manerismos, y movimientos psicomotores lentos, o agitación.

**Lenguaje.** Considere cómo el paciente usa el lenguaje, prestando particular atención al ritmo, la velocidad y el tono. Observe cualquier tipo de dificultad del lenguaje, como palabras poco claras o ininteligibles, o dificultad para encontrar las palabras adecuadas.

**Emociones.** Se anota el estado emotivo del paciente (p. ej., si se siente deprimido, feliz, ansioso), usualmente con base en el reporte personal del propio paciente. La palabra **afecto** se refiere a la valoración objetiva del estado emotivo del sujeto y se divide en diversas dimensiones:

- La **descripción objetiva** del estado de ánimo del paciente como lo percibe el entrevistador.
- El **rango de afecto,** o espectro de estados de ánimo que presenta la persona. Algunas descripciones comunes del rango de afecto incluyen a) **completo** (es decir, normal), ya que la mayoría de las personas presenta cambios de estado de ánimo, sean ascendentes o descendentes, a lo largo de una conversación, dependiendo del tema que se discuta; b) restringido, el cual es aplicable a los individuos deprimidos que presentan principalmente tristeza, o a los sujetos maniáticos que presentan un estado de ánimo elevado; o c) **uniforme,** el cual describe aquellos pacientes que muestran muy poca emoción y se observa con frecuencia en sujetos que padecen esquizofrenia.
- La **labilidad** describe con qué rapidez cambia el estado de ánimo del paciente. Por ejemplo, un sujeto con estado de ánimo lábil puede pasar desde encontrarse al borde de las lágrimas, hasta la ira extrema en pocos segundos.
- La **propiedad** se refiere a qué tan bien se adapta el tono emotivo del paciente al tema que se está discutiendo. Si cuando el sujeto describe un intento de suicidio se le salen las lágrimas y se entristece, en opinión del examinador su estado de ánimo es el apropiado. Sin embargo, si el mismo sujeto se ríe y comienza a decir chistes al examinador mientras le relata detalles de su intento de suicidio, es aparente que su estado de ánimo no es adecuado al contenido y probablemente esto intranquilice al entrevistador. Por lo tanto, la respuesta emotiva del entrevistador hacia el paciente constituye un método para evaluar qué tan adecuadas son las emociones de este último.

**Proceso de pensamiento.** Las palabras **proceso de pensamiento** describen el flujo de pensamientos del paciente (hilación de ideas). Para caracterizar los procesos de pensamiento de paciente se emplean diversas categorías:

- **Orientado hacia nietas (lineal):** el paciente responde de manera directa y fácilmente comprensible para el entrevistador. Por ejemplo,
  *Estudiante:* ¿Por qué razón se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* Me sentía un poco más deprimido de lo usual y los médicos, tan pronto me examinaron, me indicaron que sería necesario que me quedara internado una semana o más.
- **Circunstancialidad:** el sujeto da una respuesta indirecta agregando información innecesaria, pero regresa a lo que se le preguntó originalmente.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* Me he sentido bastante deprimido por un periodo algo prolongado. Mi niñez fue bastante difícil... Sin embargo, usted me pregunta por qué estoy en el hospital en esta ocasión. Comencé a sentir que ya no podía más. Entonces solicité una cita y me ingresaron de inmediato porque me sentía excesivamente deprimido.
- **Tangencialidad:** los pensamientos del paciente se desplazan hacia áreas sin relación que no guardan referencia con la idea o pregunta original. En ocasiones esto ocurre cuando el sujeto está ansioso, asume una posición evasiva o defensiva, tiene demencia o presenta un caso leve de delirio.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* Nunca he estado en un hospital como éste con anterioridad. Aquí trabajan muchísimas personas y es difícil saber qué es lo que hace cada quien.

Yo he sido mecánico automotriz desde los 16 años. Los automóviles se han complicado mucho a partir de 1970, no sé si usted esté al tanto. Cuando comencé a trabajar en el taller de Samuel no contábamos con el equipo moderno como el que ahora se emplea...

- **Fuga de ideas:** el individuo pasa de un pensamiento al siguiente. Sus procesos de pensamiento a menudo son más rápidos de lo que puede expresar verbalmente. Esto se observa con frecuencia en casos de manía.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* los hospitales constituyen un increíble logro de las fuerzas sociales y la tecnología superior …¿Se ha dado cuenta de la forma en que la tecnología aumenta exponencialmente y la velocidad de las computadoras se duplica cada seis meses? Yo tengo un plan para ayudar a las personas a ponerse en contacto con su propio potencial natural de crecimiento a través de la internet; esto permitiría duplicar la inteligencia colectiva del planeta; de todo el planeta, desde aquí hasta el Tibet... ¿ha escuchado sobre la opresión en el Tibet...?
  *Estudiante:* Aja, pero quería preguntarle por qué ...
  *Paciente:* (interrumpiendo):... las montañas de ese sitio constituyen todo un reto, pero yo inventé un nuevo sistema que permitirá que cualquier persona las escale. Además tengo otra idea para combinar una tecnología de posicionamiento global con el equipo cada vez más avanzado, y si usted dispone de 100 000 dólares para invertir, puedo garantizarle que le interesará ...
- **Asociaciones poco coherentes:** el paciente presenta ideas poco conectadas en opinión del examinador. Esto es más frecuente en casos de psicosis o delirio.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* Hay ciertos gusanos...esto da lugar a podredismos, los...
  *Estudiante:* ¿Qué es un "podredismo"?
  *Paciente:* Mi madre lo aniquiló...Una vacuna automotriz no podría lograrlo. La enfermedad pulmonar cancela la discordancia, y en ocasiones ...
- **Bloqueo de pensamientos:** los pensamientos del paciente dejan de fluir a media plática sin que exista alguna interrupción discernible. A menudo esto se observa en casos de psicosis.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* Ya no podía hacer eso, mi madre (se detiene, continúa mirando hacia el frente)
  *Estudiante:* ¿Qué decía sobre su madre?
  *Paciente:* (continúa con la mirada perdida en el espacio)
- **Pensamiento concreto.** El paciente carece de la capacidad para pensar empleando conceptos abstractos; por lo tanto sus respuestas son sumamente literales. Esto se observa en casos de demencia, en pacientes con inteligencia baja y, en ocasiones, en casos de psicosis.
  *Estudiante:* ¿Qué lo trajo al hospital?
  *Paciente:* Un automóvil.
  *Estudiante:* No, lo que quiero preguntarle es por qué decidió ingresar al hospital el día de hoy.
  *Paciente:* No lo sé. Mi esposa me dijo que debería visitar el hospital y me trajo.
- **Perseverancia:** este término se refiere a comportamientos, manerismos, o patrones de expresión repetitivos. La perseveración a menudo constituye un signo de disfunción del sistema nervioso central.
  *Estudiante:* ¿Por qué se encuentra hospitalizado?
  *Paciente:* No lo sé, creo que se trata de algo global. Es muy importante entender los temas globales en la actualidad. Todo es muy global si usted se pone a pensar en ello.

**Contenido del pensamiento.** En el curso de la entrevista el clínico debe observar la presencia de cualquiera de los siguientes tipos de contenido del pensamiento:

- Los **delirios** son creencias fijas de tipo falso, no compartidas por el grupo cultural del paciente, quien se resiste a que sean desmentidas por métodos racionales. Los delirios más frecuentes se caracterizan como paranoicos, de grandiosidad, somáticos o compartidos.
- Los **delirios paranoicos** incluyen la convicción de que se está efectuando un complot en contra del sujeto, o que alguna persona o grupo lo vigila o lo sigue.
- Los **delirios de grandiosidad** *(delusions of grandeur)* incluyen la creencia de que el sujeto es más talentoso, famoso o ha tenido más logros de los que realmente tiene.
- Los **delirios somáticos** se caracterizan por la con vicción de que hay algo mal en el cuerpo del paciente, como en el caso de los que están seguros de que padecen cáncer, a pesar de la ausencia de evidencia clínica.
- Los **delirios compartidos** *(folie á deux)* ocurren cuando tanto el paciente como otra persona (generalmente algún miembro de su familia) creen en la misma ilusión.
- La **paranoia** es una sensación general de sospecha, hipervigilancia y una tendencia a reaccionar de manera excesiva y malinterpretar como peligrosos los signos del entorno.
- Las **ideas suicidas** se refieren a pensamientos de suicidio. Estos pueden ser desde pensamientos pasajeros de muerte pasiva (p. ej., "Quizá sería más simple si yo me muriera") hasta pensamientos repetidos de tipo más activo (pensamientos cons-

tantes y detallados sobre poner fin a la propia vida, incluyendo algún plan específico y fantasías sobre cómo reaccionarían sus amigos, sus familiares y sus compañeros de trabajo).

- Las **ideas homicidas** incluyen pensamientos de asesinar a otras personas.
- Las **ideas de referencia** ocurren cuando los pacientes malinterpretan los sucesos cotidianos y piensan que están recibiendo mensajes especiales, generalmente a través de los medios de comunicación modernos; por ejemplo, cuando la persona piensa que la locutora de televisión se toca el pelo para mandarle una señal especial a él.
- Las **alucinaciones** son impresiones sensoriales falsas que se originan dentro del paciente, por ejemplo escuchar voces **(alucinaciones auditivas)** o ver a personas imaginarias que no existen **(alucinaciones visuales).** Las alucinaciones pueden producirse en cualquier modalidad sensorial (p. ej., alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, olfativas y gustativas). Las alucinaciones auditivas y visuales son más frecuentes que las otras y se observan en sujetos que padecen esquizofrenia, delirio, y depresión grave, o manía. Las alucinaciones olfativas pueden ser características de actividad convulsiva centrada en los lóbulos temporales, cerca del nervio olfatorio. Las alucinaciones táctiles, como la sensación de bichos que recorren el propio cuerpo, se observan con frecuencia en casos de delirio por supresión alcohólica. Las observaciones unilaterales, como alucinaciones monoauditivas (monoaurales) (p. ej. escuchar sonidos en un solo oído) en ocasiones indican perturbación del sistema nervioso central.
- Las **ilusiones** son impresiones sensoriales incorrectas que se basan en un estímulo sensorial real y se observan con mayor frecuencia en casos del delirio. Por ejemplo, un individuo que experimenta delirio puede confundir una manija blanca con un cigarrillo, o el carrito de lavandería del hospital con un puesto de frutas.

**Criterio, comprensión y control de los impulsos. El criterio** es una valoración global de la capacidad del paciente para recoger y procesar la información, anticipar problemas, evaluar alternativas, y efectuar una planeación teniendo en cuenta dificultades futuras. Generalmente el criterio se caracteriza como bueno, regular o malo. Un ejemplo de un paciente que tiene poco criterio es alguien que ingresa al hospital tras haber intentado atravesar una calle en pleno tráfico debido a alguna alucinación auditiva. Si al preguntar a este sujeto cómo se modificará su situación cuando sea dado de alta responde: "Es necesario que yo muera; ésta sería la única solución", podría decirse que su criterio es muy pobre. Un ejemplo de paciente que tiene buen criterio es aquel que, cuando se le formula la misma pregunta responde, "Supongo que tendré que visitar nuevamente la clínica psiquiátrica si me vuelvo a sentir así", aunque carezca de un plan de respaldo.

La **comprensión** se refiere a la capacidad del paciente para entender su enfermedad mental y relacionarla con otros problemas. Igual que el criterio, se puede determinar si la comprensión es buena, regular o mala. Si el paciente está consciente de que sus alucinaciones' y su paranoia son características de una recaída de esquizofrenia, entonces tiene buena comprensión. Si el mismo sujeto no tuviera la seguridad de que estos síntomas fueran una característica de su enfermedad, o no tuviera la seguridad de que realmente los estuviera experimentando, se diría que su comprensión es regular o mala. Si el paciente insiste en que estos fenómenos son reales y que los médicos forman parte de una conspiración para confundirlo, puede decirse que su comprensión es mala.

El **control de los impulsos** se valora observando al paciente durante la entrevista. Algunos ejemplos de impulsos mal controlados incluyen, por ejemplo, a las personas que se enojan y tiran los alimentos de la bandeja al piso o a los pacientes maniáticos que, tras admirar el reloj del entrevistador intentan quitárselo por la fuerza.

**Examen cognoscitivo. El examen cognoscitivo** comprueba el funcionamiento cognoscitivo superior. Dicho examen (a diferencia de las otras partes del examen de estado mental) incluye preguntas discretas y conviene llevarlo a cabo hacia la mitad o transcurridas las dos terceras partes de la entrevista inicial. Los estudiantes deben hacer mención del examen cognoscitivo desde el comienzo de la entrevista, e intentar efectuar una transición imperceptible a esta porción de la misma. Por ejemplo, el estudiante podría decir: "Me comentó que ha tenido dificultad para concentrarse últimamente. Me gustaría dedicar cinco minutos a formularle algunas preguntas para probar su concentración y memoria." Los componentes básicos del examen cognoscitivo incluyen las siguientes áreas:

- **Nivel de conciencia.**
- **Orientación** hacia personas y lugares en el tiempo.
- **Concentración:** pedir al paciente que reste sietes en forma seriada desde el 100, o que recite los meses del año de atrás hacia adelante.
- **Memoria:** el entrevistador dice cuatro palabras y pide al paciente que las repita. Cinco minutos después le pide que las repita de nuevo. Le ayuda a recordarlas señalándole las categorías correspondientes y, en caso de que no pueda recordar alguna o más palabras, le ofrece una lista con tres opciones.
- **Destrezas visuoespaciales:** se pide al paciente que copie alguna figura compleja (generalmente dos

figuras geométricas empalmadas, como un cuadro y un pentágono).

- **Fondo de conocimientos generales:** se pide al paciente que nombre al presidente actual y que diga el nombre de cinco de las ciudades principales.
- **Capacidad de abstracción:** se pregunta al paciente las semejanzas entre dos objetos de la misma clase, por ejemplo entre una manzana y una naranja.
- **Capacidad de uso del lenguaje:** se pide al paciente que identifique diversos objetos comunes que se le señalan y que lleve a cabo instrucciones que se le dan por escrito (las cuales no se leen en voz alta).
- **Capacidad para seguir órdenes que constan de dos o tres pasos:** se pide al paciente que ejecute una serie de acciones que consten de dos o tres pasos (p. ej., "Por favor toqúese la nariz y después aplauda").

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Tras establecer la base de datos clínicos del paciente, conviene considerar el diagnóstico diferencial: la lista de los posibles trastornos psiquiátricos que permitan explicar los síntomas del enfermo.

El primer paso para efectuar el diagnóstico diferencial es considerar y descartar cualquier enfermedad clínica que pudiera ocasionar problemas psiquiátricos. En ocasiones las enfermedades clínicas producen síntomas psiquiátricos que sugieren algún trastornó mental primario y en algunos casos, éstos son los primeros o los únicos síntomas. Por ejemplo, él hipotiroidismo ocasiona síntomas de depresión, incluyendo tristeza, baja energía, aumento de peso y lapsos de sueño mayores. Las embolias pulmonares (coágulos en los vasos sanguíneos pulmonares) en ocasiones se manifiestan simplemente por síntomas de ansiedad.

Puesto que las enfermedades clínicas en ocasiones simulan dé manera perfecta los síntomas psiquiátricos, no es posible que el médico decida si determinado paciente tiene algún problema clínico subyacente sin llevar a cabo un examen físico completo y ordenar las pruebas de laboratorio necesarias, por ejemplo una resonancia magnética de la cabeza, pruebas del funcionamiento de la tiroides, o una punción lumbar para examinar el líquido cefalorraquídeo. Este paso del diagnóstico diferencial, juntó con una revisión de las enfermedades médicas que Simulan trastornos psiquiátricos, se considera en detalle en el capítulo 2.

A continuación se determina el diagnóstico principal. Los estudiantes deben elaborar una lista de los factores de la historia del paciente, del examen de su estado mental y de los resultados de laboratorio que apoyen o no a "dicho diagnóstico. Siempre que sea posible, los estudiantes elegirán un diagnóstico único que permita explicar los síntomas del paciente (esto se denomina principio de Occam). Cuando se cita más de un diagnóstico (p. ej., un trastorno psiquiátrico y uso de sustancias) debe tomarse en cuenta la relación entre estas afecciones.

Es conveniente indicar por lo menos otras tres posibilidades diagnósticas mencionando las características del caso del paciente que indican que estos diagnósticos son menos probables, tomando en cuenta los diagnósticos psiquiátricos frecuentemente asociados. Por ejemplo, al efectuar el diagnóstico de trastorno de tensión postraumática, los estudiantes deben cuestionar si existe simultáneamente uso de sustancias, o depresión.

## FORMULACION Y VALORACION

En este punto se efectúa una revisión de la anamnesis del paciente junto con las principales observaciones pertinentes, tanto positivas como negativas de su examen de estado mental. Se procede a considerar los factores biológicos, psicológicos y sociales. Las variables biológicas incluyen predisposición genética hacia la enfermedad basada en los antecedentes familiares, los medicamentos y en cualquier enfermedad médica pertinente y cualquier anormalidad estructural señalada por la resonancia magnética de la cabeza, o sugerida por antecedentes de traumatismos en la cabeza.

Los factores psicológicos varían dependiendo de los antecedentes del paciente y de su enfermedad, además del marco psicológico dentro del cual se consideran las dificultades que experimente. El **modelo psicodinámico** se enfoca en las dificultades que sufrió durante su niñez y desarrollo, y en la manera en que los conflictos ocultos, que en general incluyen temas de sexualidad o agresión, continúan afectando su vida a través de diversos sentimientos, pensamientos y comportamientos. La psicología del *self (del* yo) modifica el enfoque para que el paciente comprenda que sus limitaciones de la niñez han ocasionado dificultades de adaptación en la etapa adulta para preservar una imagen interna estable de su propio yo físico y emotivo.

La **perspectiva de control y dominio** examina las ideas irracionales desarrolladas durante la niñez dedicando particular atención a la culpa; aún influyen en las expectativas y relaciones del paciente en la etapa adulta. Los aspectos existenciales suelen ser de particular importancia en pacientes qué afrontan enfermedades o traumatismos que ponen en peligro la vida, pues dan lugar a preocupaciones sobre el significado de la vida; la naturaleza de la muerte, las dificultades inherentes a la formación de relaciones y al conflicto individual entre la libertad y la responsabilidad. Los **métodos cognoscitivos y de comportamiento** relacionan los pensamientos y comportamientos que los pacientes reportan, restando importancia al papel del desarrollo y el funcionamiento mental inconsciente.

En este método a menudo se prescriben tareas para el hogar y se aplica un tratamiento activo para modificar la manera en que el paciente piensa y se comporta.

Los factores sociales incluyen cualquier tipo de problemas o apoyos pertinentes al entorno del paciente, tanto en el hogar como en el trabajo, o en el medio hospitalario para los internos. Es recomendable anotar aquellas tensiones psicosociales que quizá hayan precipitado o exacerbado la afección del paciente. Algunos ejemplos incluyen la ruptura de alguna relación, la muerte de algún amigo o miembro de la familia, la falta de empleo o los traumatismos físicos. Es recomendable tomar en cuenta el sistema de apoyo del paciente, incluyendo sus familiares y contactos sociales.

Con base en la información que se obtiene del sujeto y de las fuentes de información colaterales disponibles, como los miembros de su familia, algún terapeuta previo o los expedientes médicos, los estudiantes proceden a formular el caso del paciente relacionando los factores psicológicos, biológicos y sociales para comprender el estado actual en que se encuentra. Los parámetros sugeridos incluyen los principales temas o conflictos en la vida del individuo; la relación entre sus dificultades actuales y las pasadas, las áreas de funcionamiento psicológico afectados, los problemas que se anticipan en el plan de tratamiento y sus puntos fuertes, destrezas y atributos personales.

## TRATAMIENTO

### MEDICAMENTOS

Muchas afecciones psiquiátricas requieren tratamiento con medicamentos. Las principales clasificaciones de medicamentos psiquiátricos incluyen antidepresivos, antipsicóticos y sedantes-hipnóticos. Es preciso informar con precisión a los pacientes sobre los medicamentos que se les prescriben, incluyendo cualquier efecto secundario. El cumplimiento con el programa de medicamentos constituye un problema importante en psiquiatría.

#### Antidepresivos

Los antidepresivos incluyen los antiguos antidepresivos tricíclicos (ATC) que aumentan los niveles del neurotransmisor noradrenalina. Sus principales efectos secundarios anticolinérgicos incluyen boca seca, visión borrosa, estreñimiento y sedación. Los inhibidores específicos de la recaptura de serotonina (IRES) aumentan los niveles de serotonina; provocan náusea, dolor de cabeza y ocasionalmente agitación, o insomnio en la etapa inicial, y pueden producir efectos de tipo más crónico en el impulso y funcionamiento sexual.

Los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores específicos de recaptura de serotonina son eficaces para trastornos de depresión y ansiedad. Los inhibidores también reducen los síntomas obsesivo-compulsivos. Los tricíclicos son los únicos antidepresivos que también ayudan para el dolor crónico. Suelen ser de costo más bajo, pero generalmente producen más efectos secundarios que los inhibidores y son tóxicos a niveles bajos, lo cual constituye una consideración de particular importancia al tratar a pacientes que expresan pensamientos suicidas.

Los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) han dejado de emplearse porque los pacientes deben mantener una dieta estricta libre de tiramina para evitar crisis hipertensivas. Los nuevos antidepresivos incluyen la nefazodona, la cual aumenta la serotonina tanto pre como postsinápticamente; la venlafaxina que es un agente mixto que contiene serotonina y noradrenalina, y el bupropión, que aparentemente actúa sobre los receptores de dopamina.

#### Antipsicóticos

Los medicamentos antipsicóticos constan de fármacos más antiguos como clorpromacina, tioridacina y haloperidol, que bloquean los receptores de dopamina, y de otros agentes antipsicóticos más novedosos como clozapina, risperidona y olanzapina. Estas sustancias son eficaces para combatir afecciones psicóticas como esquizofrenia, o depresión o manía con características psicóticas (p. ej., con síntomas de alucinaciones, paranoia y pensamiento desorganizado).

#### Hipnóticos sedantes

Las benzodiacepinas afectan el sistema neurotransmisor GABA y alivian la ansiedad. Sus efectos secundarios incluyen sedación, reducción de los reflejos, tolerancia y potencial de adicción. Generalmente se emplean para tratamiento a corto plazo de la ansiedad y en ocasiones como ayuda para dormir.

### PSICOTERAPIA

Con frecuencia, las afecciones psiquiátricas leves no requieren medicamentos. Los estudios indican que aunque los medicamentos sean de ayuda, la combinación de psicoterapia con medicamentos asegura una recuperación completa con menores posibilidades de recurrencias. En la **psicoterapia interpersonal** se emplea la relación entre el terapeuta y el paciente como agente curativo. Dicha terapia puede ser de apoyo, por ejemplo ayudar al sujeto a identificar sus puntos fuertes y a aumentar su confianza en sí mismo. La **psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento** se enfoca en controlar los pensamientos negativos e intentar la reestructuración cognoscitiva, de modo que el paciente sea capaz de observar las situaciones de manera más

positiva. La **psicoterapia psicodinámica** se enfoca en particular en los acontecimientos pasados y en los conflictos internos que quizá interfieran con la capacidad del individuo para alcanzar todo su potencial.

La **psicoterapia breve** se define como un curso de tratamiento limitado de 6 a 20 sesiones. La **psicoterapia de grupo** permite que los pacientes reciban apoyo de otras personas que comprenden el trastorno que padecen, y les ayuda a formar relaciones más eficaces con sus amigos, personas significativas y colaboradores. La psicoterapia de grupo es menos costosa que las otras formas y es sumamente eficaz. Probablemente se emplee cada vez con mayor frecuencia teniendo en cuenta el mayor énfasis en el control de costos y en la administración de cuidados.

### OTRAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO

Los servicios sociales tienen en cuenta el lugar donde el paciente vive, determinan si cubre los requisitos para recibir beneficios y planean las disposiciones. La **administración de casos** se refiere a la intervención activa para pacientes con recidivas, no sólo dentro del medio médico sino también en el lugar donde el individuo habita.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las reacciones emotivas ante los pacientes forman parte inevitable y natural de los encuentros clínicos. El término teórico que se emplea para describir dichas reacciones es el de **contratransferencia;** las reacciones del paciente hacia el médico se denominan **transferencia.** La contratransferencia probablemente se origine a partir de diversos factores relacionados con el paciente y el médico.

Los médicos y practicantes poseen sus propias áreas de comodidad e incomodidad frente a los distintos tipos de pacientes y trastornos psiquiátricos, dependiendo de sus experiencias previas, antecedentes y sus valores personales y sociales. £1 estigma de la enfermedad mental suele afectar el criterio clínico del médico y los factores relacionados con el paciente quizá estimulen reacciones emotivas en el clínico. Esta resonancia emotiva se ha comparado con la resonancia acústica de dos diapasones o a las cuerdas de dos instrumentos musicales. Las enfermedades psiquiátricas específicas en ocasiones estimulan respuestas emotivas bastante predecibles en los médicos. Por ejemplo, tras entrevistar a un paciente deprimido, es probable que el entrevistador se sienta cansado, impotente o triste; de manera similar, un paciente desorganizado y psicótico suele generar sentimientos de confusión o temor.

Los estudiantes deben estar conscientes de que las interacciones entre dos personas cualesquiera constituyen un proceso dinámico y se puede considerar que existe un "campo" interpersonal en el cual se lleva a cabo un juego de transferencia y contratransferencia entre el paciente y el estudiante dando lugar a patrones cambiantes de comunicación y emotivos. Por ejemplo, trabajar con un paciente deprimido, que se siente necesitado y dependiente, quizá cause al principio que el estudiante considere que puede ayudarlo y se sienta importante, pero estos sentimientos positivos tal vez den lugar a resentimiento y frustración en caso de que el paciente hable de manera continua y no permita que la entrevista se lleve a cabo dentro de los límites de tiempo fijados.

En consecuencia, las reacciones emotivas constituyen un fenómeno importante por diversos motivos: si el entrevistador está más consciente de su propia reacción ante el paciente, logrará una respuesta más rápida y sensible ante el estado emotivo de este último. El estudiante que se siente enojado al entrevistar a un paciente podría considerar si está reflejando la ira o el enojo del propio entrevistado, aunque éste tenga apariencia agradable y no muestre signos declarados de hostilidad. Al adquirir más experiencia clínica, quizá los estudiantes logren correlacionar sus reacciones emotivas específicas con los distintos diagnósticos psiquiátricos, lo cual les permitirá considerar diagnósticos específicos desde una etapa temprana.

Los clínicos deben estar conscientes de sus respuestas emotivas ante los pacientes, de modo tal que no comprometa el cuidado de estos últimos. Por ejemplo, si un médico se siente incómodo con los pacientes autodestructivos, quizá no formule las preguntas adecuadas o apropiadas para identificar a aquellos sujetos que corren el riesgo de suicidarse. Los estudios sugieren que la mayor familiaridad con la propia vida emotiva interna dinámica es congruente con un aumento del conocimiento personal y del propio desarrollo del médico a cualquier nivel de entrenamiento. Los practicantes y médicos conscientes de sus propios "puntos ciegos" emotivos tienen menos probabilidades de pasar por alto información importante, trabajarán con más eficacia y con los diversos tipos de pacientes y podrán dirigir a otros miembros del equipo médico al trabajar con pacientes difíciles.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Una revisión completa de los principios de bioética se encuentra más allá del alcance de la presente obra. En cada capítulo se repasan algunos de los temas éticos

más destacados que surgen al dar tratamiento a trastornos psiquiátricos específicos; no obstante, es vital que el estudiante esté familiarizado con los principios fundamentales de la ética médica. Los aspectos éticos surgen con frecuencia al cuidado de pacientes en medios clínicos y, aún más, al atender a pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Aunque los médicos pueden confiar en las investigaciones científicas, en las normas aceptadas de cuidados clínicos y en las leyes y criterios legales para toma de decisiones sobre cuidados clínicos, con frecuencia los dilemas éticos son de naturaleza individual, en cada caso dependiendo de las circunstancias físicas, emotivas y culturales de la persona. En general, los médicos siguen un código profesional que constituye un criterio para la atención de los pacientes y sus familias. Este código se deriva de la tradición hipocrática y ha sido modificado ligeramente por las leyes para casos específicos y las leyes estatales y federales. Sin embargo, los avances técnicos en medicina y los sistemas cada vez más complejos para suministrar cuidados de salud dan lugar a situaciones en las cuales los principios profesionales legales y éticos conducen a conclusiones diferentes.

## MODELO DE LA ETICA BASADA EN LOS PRINCIPIOS

Los principios básicos de la ética incluyen los principios de **autonomía, beneficio, no causar daño** y **justicia.** Otros aspectos adicionales son los **valores culturales,** la contratransferencia de los proveedores al cuidado de la salud y diversos factores adicionales. Al final de cada capítulo se aplican estos principios al tratamiento de pacientes con las enfermedades psiquiátricas específicas ahí discutidas. En las siguientes secciones se discuten estos principios en términos generales.

### Autonomía

La **autonomía** se refiere al principio de autodeterminación, al cual se concede particular importancia en las culturas occidentales. Es fundamental saber cuáles son los deseos del paciente con respecto a su enfermedad. En general, es conveniente realizar todos los esfuerzos para respetar la autonomía personal del paciente; sin embargo, la autonomía en ocasiones queda comprometida cuando el individuo tiene una capacidad disminuida para la **toma de decisiones.** Las enfermedades psiquiátricas también interfieren con la capacidad de la persona para tomar decisiones racionales.

Con el fin de preservar la autonomía al máximo, el paciente tiene el derecho a dar su **consentimiento informado.** Debe recibir una explicación completa sobre su enfermedad y estar completamente informado sobre los posibles beneficios y riesgos de los diferentes tratamientos que se le proponen, incluyendo la opción de negarse a recibir tratamiento. La capacidad para dar el consentimiento informado para una intervención médica depende de la capacidad del propio paciente para comprender su enfermedad, su pronóstico, el tratamiento propuesto y las alternativas, además de su capacidad para sopesar los posibles riesgos y beneficios al recibir el tratamiento médico. Los individuos capaces de cumplir con los criterios para dar su consentimiento informado en ocasiones se niegan a someterse a intervenciones médicas. Observe que el diagnóstico de una enfermedad psiquiátrica no implica de manera automática que el paciente no pueda dar su consentimiento informado. La autonomía abarca además el derecho del paciente a la privacía y **confidencialidad.** En ocasiones se permite que los médicos rompan la confidencialidad en casos de urgencia, como intentos suicidas u homicidas, o en casos relacionados con menores de edad.

### Principio de beneficio

El **principio de beneficio** se refiere a que el médico es responsable de hacer aquello que sea más benéfico para el paciente. En ocasiones se invoca como motivo para limitar la autonomía del individuo con capacidad comprometida para toma de decisiones o para cuidar de sí mismo.

### No causar daño

El principio de **no causar daño** se basa en el principio hipocrático respetado desde la antigüedad *primum non nocere* ("en primer lugar, no causar daño") y generalmente implica que el médico y el paciente deben sopesar los riesgos y beneficios de un procedimiento dado. Los médicos deben estar seguros de ofrecer los cuidados que conlleven la menor probabilidad de enfermedad o muerte. Cuando el riesgo de lesión o muerte es inevitable, los médicos deben asegurarse de que los beneficios realmente compensen a los posibles daños. Este tema también es importante en estudios de investigación.

### Justicia

La **justicia** es un tema ético complejo que implica considerar si el tratamiento o la intervención que se propone es equitativo y justo. En este caso la justicia no sólo se refiere al paciente, sino también al costo del tratamiento para la sociedad y es necesario sopesar ambos aspectos de manera conjunta.

### Contratransferencia

La **contratransferencia** o reacción emotiva del médico ante los pacientes también debe tomarse en cuenta. Los pacientes agradables a menudo reciben más cuidados, lo que probablemente dé lugar a un

mejor pronóstico; por otra parte, los pacientes hostiles, difíciles y con trastornos de la personalidad a menudo son ignorados o reciben cuidados de menor calidad. Es preciso que los médicos se esfuercen en tratar a los pacientes de manera equitativa, sin importar sus sentimientos personales hacia ellos.

### Otros factores

Los factores transculturales en ocasiones son de suma importancia, ya que los aspectos éticos incluyen tanto los antecedentes como los valores del paciente. Es preciso que los médicos sean sensibles a las opiniones del paciente, que en ocasiones incluirán un concepto distinto de la enfermedad, la participación de su familia, su actitud hacia los medicamentos, el estigma de las enfermedades mentales y la desconfianza hacia la medicina occidental. Los **factores relacionados con terceras personas** surgen con frecuencia por lo que respecta a los fondos para el cuidado de la salud y originan interferencias de las compañías de seguros y de otras instituciones en las decisiones sobre cuidados clínicos y en la relación entre el médico y el paciente. Los médicos que trabajan para organizaciones para el cuidado de la salud en ocasiones afrontan conflictos de interés entre su responsabilidad hacia el paciente y hacia el patrón.

Otros factores incluyen la influencia de la **dinámica de grupo** en la toma de decisiones del equipo médico. El fenómeno de pensamiento de grupo ocurre cuando los miembros del equipo para el cuidado de la salud refuerzan en vez de poner en duda sus propios razonamientos clínicos y no están conscientes de aquellos "puntos ciegos" comunes, lo cual conduce a una toma de decisiones errónea.

## OTRAS CONSIDERACIONES ETICAS

El modelo basado en los principios éticos descritos con anterioridad tiene diversos puntos fuertes: es un método basado en casos que se apoya firmemente en la filosofía moral y en una metodología reproducible aplicable de manera científica. Por otra parte, este modelo constituye tan sólo un método de bioética y ha sido criticado diciendo que transmite sólo una comprensión superficial de cómo deben aplicarse estos principios y que favorece la consideración de principios objetivos a costa de la experiencia subjetiva del paciente con respecto a su propia enfermedad. Un método alterno de bioética que concede importancia a la manera en que el paciente experimenta la enfermedad dentro del contexto singular de su propia vida, cultura y psicología individual es el **método narrativo,** el cual se ve menos influenciado por los valores inherentes a los sistemas médicos modernos.

Para preservar normas de cuidados de alta calidad para los pacientes, es importante tomar en cuenta los aspectos éticos. Estos aspectos también son fundamentales para el crecimiento y desarrollo de los estudiantes y residentes. En la práctica en ocasiones se afrontan situaciones clínicas en las cuales el curso de acción correcto es poco claro. En ocasiones los practicantes se encuentran en situaciones en las cuales consideran que los residentes y los médicos a cargo no toman en cuenta los mejores intereses del paciente. Quizá estas experiencias les resulten perturbadoras, conforme los sucesos del mundo real entren en conflicto con valores internos, principios e ideales personales sobre la manera en que los médicos deben pensar, sentir y comportarse. Lo ideal es que los estudiantes encuentren algún momento para hablar sobre estos temas y experiencias, lo cual permitirá su desarrollo profesional y personal conforme logren apreciar los puntos fuertes y débiles del sistema médico en el cual están siendo entrenados. La mayoría de los centros médicos poseen comités de ética que ofrecen consultas confidenciales basadas en casos, que sin duda serán de ayuda para los estudiantes. La alternativa quizá sea una disminución gradual de su sentido ético y su interés moral y un aumento de cinismo en la práctica de la medicina.

## CONCLUSION

Con frecuencia los clínicos detectan trastornos psiquiátricos en sus pacientes y, sin embargo, éstos no son diagnosticados de manera adecuada ni tratados como se debería. En la era actual de sistemas para el cuidado de la salud que evolucionan con rapidez y teniendo en cuenta el costo económico y psicológico de los trastornos mentales para los pacientes, sus familiares y la sociedad, es fundamental que todos los médicos cuenten con sólidos conocimientos sobre los trastornos psiquiátricos. Los médicos deben ser capaces de efectuar una evaluación inicial de este tipo de trastornos, desarrollar un diagnóstico diferencial, formular una valoración de la afección del paciente y en ciertos medios clínicos, diseñar un plan de tratamiento. De manera simultánea, los médicos deben luchar por desarrollar sus destrezas para entrevistar, adquirir conciencia de sus propias reacciones emotivas ante los pacientes y familiarizarse con los aspectos éticos y legales que a menudo surgen al trabajar con personas que padecen enfermedades mentales.

## REFERENCIAS


American Association of Bioethics. http://www.med.umn.edu/aab/

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV).* American Psychiatric Press, 1994.

American Psychiatric Association: American Psychiatric Association practice guidelines for psychiatric Evaluation of adults. Am J Psychiatr 1995;152:1 l(Suppl):65.

Basch MF: *Understanding Psychotherapy: The Science Behind the Art.* Basic Books, 1988.

Gabbard GO: Psychodynamic psychiatry in clinical practice: the DSM-IV edition. American Psychiatric Press, 1994.

Goldman LS: Psychiatry in primary care: possible roles for organized medicine. Psychiatr Ann 1997;27(6):425.

Hebert P: *Doing Right: A Practical Guide to Ethics for Medical Trainees and Professionals.* Oxford University Press, 1996.

Hughes CC: Culture in clinical psychiatry. Page 41 in: *Culture, Ethnicity and Mental Illness.* Gaw A (editor). American Psychiatric Press, 1993.

Internet Mental Health. Http://www.mentalhealth.com/

Jecker NS, Jonsen AR, Pearlman RA. *Bioethics: An Introduction to the History, Methods, and Practice.* Jones & Bartlett Publishers, 1997.

Kessler RC et al: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatr 1994;51:8.

Lo B: *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians.* Williams &Wilkins, 1996.

Mental Illness in America (National Institute of Health). http://mentalhealth.com/book/p45-mhus.html

Othmer E, Othmer S: *The Clinical Interview Using DSM-IV. Vol 1: Fundamentals.* American Psychiatric Press, 1994.

Shea SC: *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding.* Saunders, 1988.

Sims A: *Symptoms in the Mind: An Introduction to Descriptive Psychopathology,* 2nd ed. Bailliere Tindall, 1996.

Sperry L, Gudeman JE, Faulkner LR: *Psychiatric Case Formulation.* American Psychiatric Association Press, 1992.

Stahl SM: *Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications.* Cambridge University Press, 1996.

Strub RL, Black EW: *The Mental Status Examination in Neurology.* FA Davis Company, 1977.

Trzepacz PT, Baker RW: *The Psychiatric Mental Status Examination.* Oxford University Press, 1993.

Zaubler TS, Viederman M, Fins JJ: Ethical, legal and psychiatric issues in capacity, competency and informed consent: an annotated bibliography. Gen Hosp Psychiatr 1996;18:155.

# Afecciones médicas que simulan trastornos psiquiátricos 2

*David Elkin, MD*

Diversas afecciones médicas causan síntomas que simulan trastornos psiquiátricos primarios, incluyendo trastornos del estado de ánimo (manía o depresión), psicosis (con síntomas similares a esquizofrenia), ansiedad o trastornos de la personalidad. La, incidencia de las **afecciones médicas** que simulan trastornos psiquiátricos es elevada y determinados pacientes se encuentran particularmente expuestos a ellas. Los cambios del estado mental secundarios a estos trastornos incluyen disfunción cognoscitiva, por ejemplo, problemas de la memoria a corto plazo o de la concentración. El clínico debe descartar estas afecciones médicas (anteriormente denominadas orgánicas) antes de efectuar un diagnóstico exclusivamente psiquiátrico. Al cuidar de pacientes con enfermedades médicas que simulan trastornos psiquiátricos con frecuencia surgen aspectos éticos y legales.

## INCIDENCIA

La incidencia de enfermedades médicas que causan o exacerban los síntomas psiquiátricos es notablemente alta. Los problemas médicos sin diagnosticar también son frecuentes en quienes además presentan trastornos psiquiátricos, y dichos problemas producen sufrimiento innecesario y miles de muertes al año como resultado de retrasos en su diagnóstico y tratamiento.

El riesgo probablemente sea mayor entre personas que padecen enfermedades mentales crónicas de tipo grave, como esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Estos enfermos con frecuencia no tienen acceso a la atención médica regular, ni los medios necesarios para solicitarlo, y su enfermedad mental interfiere con su capacidad para suministrar antecedentes médicos congruentes. Los estudios demuestran que aunque de 20 a 50% de los pacientes que presentan trastornos psicóticos también padecen alguna enfermedad médica grave, menos de la mitad recibe una atención adecuada para diagnosticar y dar tratamiento a dichas afecciones médicas. En muchos casos las enfermedades médicas provocan o agravan los síntomas psicóticos. El uso de drogas y alcohol complica aún más la presentación clínica en pacientes con este tipo de trastornos. Otras poblaciones con mayor riesgo de padecer enfermedades médicas que agraven o simulen afecciones psiquiátricas incluyen personas de edad avanzada, HIV positivos y personas con demencia. Hasta la mitad de los pacientes a quienes se les diagnostica **trastorno de conversión,** en el cual se cree que los síntomas físicos son el resultado de algún trastorno psicológico, padece algún problema médico no diagnosticado, como se demuestra más tarde.

## VALORACION DIAGNOSTICA

Muchos médicos suponen erróneamente que es fácil diferenciar los síntomas producidos por trastornos psiquiátricos primarios de los ocasionados por algún problema médico subyacente. Con frecuencia esto no es así; los síntomas psiquiátricos a menudo son idénticos en ambos casos, sin importar que sean consecuencias de factores médicos o psicológicos. En ocasiones las enfermedades médicas producen síntomas psiquiátricos además de disfunción cognoscitiva, incluyendo problemas de la memoria a corto plazo, de la concentración o las destrezas visuoespaciales, por ejemplo, dibujar. Aunque la ansiedad, la depresión y la psicosis producen problemas leves en estas tareas cognoscitivas, la presencia de disfunción cognoscitiva de moderada a grave indica casi invariablemente algún trastorno médico subyacente.

En la mayoría de los casos, las enfermedades médicas que originan o exacerban los síntomas psiquiátricos no producen problemas cognoscitivos. La presentación clínica de estas enfermedades médicas simula de manera cercana la que se observa en casos de depresión, manía, psicosis, ansiedad, o trastornos de la personalidad. El clínico no podrá determinar si existe una afección médica sin antes llevar a cabo una investigación completa, incluyendo anamnesis completa, examen físico y pruebas de laboratorio. Los antecedentes familiares y la información que propor-

**Cuadro 2-1. Factores que aumentan la posibilidad de que los síntomas psiquiátricos sean ocasionados por algún trastorno clínico**

| |
|---|
| Inicio en mayor edad |
| Ausencia de antecedentes psiquiátricos |
| Antecedentes psiquiátricos familiares negativos |
| Disfunción o declinación cognoscitiva |
| Presentación atípica (antecedentes, síntomas, curso) |
| Alucinaciones unilaterales |
| Alteración del nivel de conciencia y de la orientación |
| No haber respondido a algún tratamiento previo, o presentar síntomas repentinos de tipo inexplicable o nuevos |

cionen la familia y los amigos son muy valiosos. Por lo tanto, el primer paso para examinar a un paciente con síntomas psiquiátricos es descartar que padezca alguna enfermedad médica. En el cuadro 2-1 se resumen los factores que aumentan la posibilidad de que exista algún problema médico subyacente.

El lenguaje que se emplea para diferenciar entre los fenómenos psiquiátricos y médicos refleja y crea tremendas brechas en nuestro conocimiento de las afecciones psiquiátricas. El *DSM-IV* emplea el término "médico" y "psiquiátrico" en vez de la antigua terminología de "orgánico" y "funcional", respectivamente, pero esta división se basa más en la semántica y la filosofía de la construcción occidental, que separa a la "mente" del "cuerpo", que en la existencia de dos categorías discretas en lo absoluto y mutuamente exclusivas. Considérese, por ejemplo, la fuerte evidencia que indica que la depresión, la manía, la psicosis y otros trastornos psiquiátricos se deben a desequilibrios de neurotransmisores en el SNC, o que es probable que la esquizofrenia sea resultado de algún defecto en el desarrollo de estructuras cerebrales profundas; o que se observa reducción del funcionamiento en las áreas prefrontales dominantes de los cerebros de los pacientes deprimidos y que los pacientes deprimidos que mejoran en la psicoterapia sin medicación probablemente experimentan un regreso de los neurotransmisores a la normalidad. ¿Se puede entonces afirmar que la psicoterapia es una modalidad de terapia biológica? Las categorías que se emplean para diferenciar las enfermedades médicas de las psiquiátricas son útiles en el sentido práctico, pero las brechas teóricas reflejan un dilema filosófico que continúa causando perplejidad en quienes practican la medicina occidental.

Einstein advirtió que "la teoría determina las observaciones" y el corolario médico es que los médicos suelen tener en cuenta sólo las observaciones y diagnósticos que han considerado. Diversos profesionales del campo de la salud, de manera poco inteligente, no toman en cuenta las observaciones físicas, o pasan por alto ordenar pruebas adecuadas porque suponen que los problemas del paciente se basan en algún trastorno psiquiátrico y no en una enfermedad médica.

El examen del estado mental es útil para diagnosticar los trastornos psiquiátricos derivados de afecciones médicas. Es conveniente obtener información detallada con respecto a la duración y gravedad de los procesos anormales de afecto y pensamiento, alucinaciones y delirios. Estas caracterizaciones deben respaldarse mediante datos de antecedentes obtenidos de miembros de la familia y trabajadores al cuidado de la salud. El examen cognoscitivo es de particular importancia. Los pacientes con síntomas psiquiátricos a consecuencia de enfermedades médicas en ocasiones presentan disfunción cognoscitiva, es decir, perturbación de la concentración, de la memoria a corto plazo, de la capacidad para efectuar abstracciones o de la capacidad visuoespacial. La presencia de disfunción cognoscitiva debe aumentar en el médico la sospecha de que exista algún trastorno médico subyacente que esté ocasionando los síntomas psiquiátricos del paciente.

No obstante, no puede decirse lo contrario: ya que la disfunción cognoscitiva no siempre está presente en las afecciones médicas que simulan trastornos psiquiátricos, un examen cognoscitivo normal no elimina la posibilidad de que exista alguna afección médica. Los casos de la siguiente sección ilustran esta variabilidad.

Otro punto que posiblemente se pase por alto, son los trastornos médicos en pacientes que padecen alguna enfermedad psiquiátrica conocida. Los sujetos con depresión, trastorno bipolar y esquizofrenia también se enferman, y cualquier modificación de su estado basal indica la necesidad de revisar su estado médico.

> Roberto A, un paciente con antecedentes de esquizofrenia de 20 años de duración que había estado estable con medicamentos antipsicóticos durante años, comenzó a presentar un comportamiento cada vez más extraño en la clínica psiquiátrica de pacientes externos, esto incluía quitarse los pantalones frente a otras personas. El equipo de salud mental supuso que el Sr. A no estaba cumpliendo con sus medicamentos (a pesar de que su familia indicó lo contrario). Le aumentaron la dosis de medicamentos antipsicóticos, pero esto produjo poco o ningún efecto en su comportamiento. Tras tomar dosis cada vez mayores de estos medicamentos por varios meses, el Sr. A sufrió una convulsión. La tomografía computadorizada (TC) reveló la presencia de un tumor cerebral, que probablemente era la causa de su comportamiento alterado. Fue imposible restringir el desarrollo del tumor y el Sr. A murió poco después.

Para diagnosticar con precisión los trastornos psiquiátricos producidos por afecciones médicas, se re-

comienda tomar en cuenta cinco principios fundamentales:

1. El diagnóstico psiquiátrico (p. ej., esquizofrenia o depresión grave) sólo debe efectuarse tras haber descartado una afección médica como causa de los síntomas psiquiátricos.
2. Siempre es preciso obtener los antecedentes completos del paciente. Estos deben incluir el inicio y el curso de los síntomas, sus antecedentes psiquiátricos y médicos previos, una revisión de todos los medicamentos que toma (de prescripción y sin receta) y sus antecedentes familia res, considerando afecciones médicas además de psiquiátricas.
3. Es preciso llevar a cabo un examen físico completo y ordenar las pruebas de laboratorio necesarias.
4. Probablemente se requiera una investigación adicional para detectar algún trastorno de tipo médico, en particular en personas con presentación atípica, sujetos bien conocidos para el sistema de salud mental, o en los individuos particularmente distintos.
5. Los médicos deben tener en cuenta la posibilidad de haber pasado por alto algún diagnóstico médico en etapas posteriores.

## CAUSAS MEDICAS ESPECIFICAS DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

En la presente sección se describen algunos de los procesos de enfermedad que simulan enfermedades psiquiátricas. En el cuadro 2-2 se da una lista de los diversos problemas médicos que originan síntomas psiquiátricos.

### Lesiones y masas intracraneales

Los tumores cerebrales ocasionan manía, depresión, psicosis y cambios de la personalidad, ya sea por desplazamiento del tejido cerebral o como efecto secundario del tratamiento (p. ej., intervención quirúrgica, terapia con radiaciones o quimioterapia). Los síntomas a menudo van acompañados de disfunción cognoscitiva, como pérdida de la memoria a corto plazo y problemas de concentración.

Víctor B, un hombre de 49 años, fue entrevistado por el residente de psiquiatría en turno después que manifestó al residente de medicina interna de la sala de urgencias que planeaba poner fin a su vida. El Sr. B tenía apariencia cansada, deprimida e irritable. Presentaba funcionamiento psicomotor lento, con habla, marcha y ademanes lentos. Se enojó por tener que asistir a una consulta psiquiátrica e indicó: "No dije que quería suicidarme, sólo dije que me suicidaría si nadie se daba cuenta de cuál era mi problema, ¡simplemente emplee esa expresión!"

El Sr. B explicó que sus síntomas habían comenzado seis meses antes y habían empeorado en forma gradual. Estaba deprimido, tenía menos energía e iniciativa, dormía mal y se sentía ansioso durante todo el día. Su matrimonio con su segunda esposa había comenzado bien un año antes, pero ahora él sentía que "le era imposible seguirle el paso". También describió disminución de su impulso sexual e incapacidad para disfrutar de actividades que usualmente resultan divertidas.

El Sr. B también experimentaba otros problemas de concentración y memoria. Olvidaba el número que iba a marcar cuando se disponía a usar el teléfono. Trabajaba en un bar y se le dificultaba dar cambio a los clientes. También mencionó que le era difícil emplear el dispensador de bebidas del bar: "Solía conocer esos botones de memoria; pero ahora debo detenerme y observar con cuidado cuál estoy apretando pues, de lo contrario, obtengo la bebida incorrecta". Como el Sr. B trabajaba en un bar, el residente de psiquiatría le preguntó si tema algún problema con el consumo de alcohol. "En el pasado lo tuve", le indicó, pero "dejé de beber sin más ni más hace un año cuando me casé, porque mi esposa insistió en ello". La esposa del Sr. B confirmó esta afirmación.

En las pruebas cognoscitivas se observó de manera destacada que su concentración era más lenta: el Sr. B podía llevar a cabo la prueba de la serie de sietes y decir los nombres de los meses del año de atrás hacia adelante, pero a una velocidad demasiado lenta, tanto en su opinión, como en la del entrevistador. Además, quizá su memoria a corto plazo estaba afectada, pues fue capaz de repetir cuatro de cinco cosas de primera estancia, pero sólo pudo recordar tres cosas a los cinco minutos, aunque se le dio ayuda indicándole las categorías y leyéndole una lista. Sus destrezas visuoespaciales también parecían afectadas, como se evidenció por los problemas que tuvo para dibujar un reloj. No presentaba anormalidades de lenguaje ni del habla y el examen neurológico fue poco notable. Las pruebas de laboratorio también fueron normales, incluyendo pruebas normales de funcionamiento hepático, por lo cual su dependencia actual del alcohol parecía poco probable.

El equipo psiquiátrico consideró que la disfunción cognoscitiva del Sr. B era leve y se explicaba fácilmente mediante el diagnóstico de depresión grave, pero al médico residente le

Cuadro 2-2. Afecciones médicas que ocasionan síntomas psiquiátricos

| Enfermedad médica | Ejemplos | Psicosis | Depresión | Manía | Ansiedad | Demencia | Delirio |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lesiones o masas intracraneales | Tumores del SNC y metástasis | x | x | x | x | x | |
| | Ataque de apoplejía | x | x | | x | x | x |
| Trastornos cardiopulmonares | Insuficiencia cardiaca congestiva | | x | | x | | x |
| | Embolias pulmonares | | | | x | | |
| | Arritmias cardiacas | | | | x | | x |
| Disminución de la irrigación sanguínea al SNC | Anemia | | x | | x | | |
| Anormalidades de electrólitos | Hipercalcemia | x | x | | | | |
| Epilepsia del lóbulo temporal | Epilepsia de lóbulo temporal | x | | | x | | |
| Trastornos endocrinos | Hipotiroidismo | x | x | | | x | |
| | Hipertiroidismo | x | | x | x | | |
| | Síndrome de Cushing | x | x | x | | | |
| | Enfermedad de Addison | | x | | | | |
| Trastornos del tejido conectivo | Esclerosis múltiple | | x | | | | |
| | Lupus eritematoso sistémico | x | x | x | x | | |
| Cáncer | Carcinoma pancreático | | x | | | | |
| | Feocromocitoma | | | | x | | |
| Infecciones (del SNC o sistémicas) | Neurosífilis | x | | | | x | |
| | Meningitis | | | | | | x |
| | HIV | x | x | x | | x | |
| | Enfermedad de Lyme | | x | | | x | |
| Medicamentos | Corticosteroides | x | x | x | | | |
| | Píldoras anticonceptivas | | x | | x | | |
| | Bloqueadores beta | | + | | | | |
| Deficiencias vitamínicas | Deficiencia de tiamina | x | x | | x | | x |
| Uso de sustancias | Uso de alcohol | | x | | x | x | x |
| | Supresión de alcohol | x | | | x | | x |
| | Cocaína o metanfetaminas | x | | x | x | | |
| Anormalidades del sueño | Apnea durante el sueño | | x | | | x | |
| | Rotación de turnos en el empleo | | x | | | | |
| Afecciones poco frecuentes | Enfermedad de Wilson | x | | | | | |
| | Porfiria | | | x | x | | |

impresionaron los problemas visuoespaciales y de memoria del Sr. B. El residente de psiquiatría también observó que el Sr. B había experimentado problemas cognoscitivos mayores tras dejar de beber alcohol, momento en el cual su memoria y sus problemas de concentración debieron haber mejorado.

Se obtuvo un electroencefalograma (EEG) anormal, y una resonancia magnética (RM) de la cabeza del paciente reveló un tumor muy pequeño en el sitio de salida del cuarto ventrículo, que daba como resultado el equivalente de hidrocefalia con presión normal. Al retirar el tumor se corrigió con rapidez la depresión del paciente y todas sus deficiencias cognoscitivas. Se trataba de un adenocarcinoma, quizá metástasis de un cáncer pulmonar que se le diagnosticó algún tiempo después.

El Sr. B recuperó su energía y su matrimonio mejoró. Vivió varios años sin recurrencia de la depresión.

**Diagnóstico.** Depresión grave debida a trastorno médico (cáncer metastásico) (eje I); adenocarcinoma con metástasis intracraneal (eje III).

Los ataques de apoplejía (accidentes cerebrovasculares) también producen diversas afecciones, incluyendo cualquiera de los síndromes psiquiátricos descritos con anterioridad, además de demencia o delirio. Según su tamaño y ubicación, dichos ataques quizá no se manifiesten con problemas sensoriales, motores o del habla, sino a través de síntomas psiquiátricos. Los pacientes con afasia fluida producen habla desarticulada y sin sentido, la cual puede confundirse con asociaciones difusas y pensamientos desorganizados, como los que se observan en pacientes con esquizofrenia. Siempre se considera el diagnóstico de apoplejía, en particular en personas de edad avanzada y con otros factores de riesgo (p. ej., obesidad, colesterol alto, tabaquismo, antecedentes familiares). La RM permite mejor resolución que la tomografía computadorizada.

## Trastornos cardiopulmonares

Los problemas cardiopulmonares son sumamente comunes en Estados Unidos. La insuficiencia cardiaca congestiva y otras afecciones que producen reducción de la irrigación cerebral (p. ej., arritmias o bloqueo ateroslerótico de las arterias carótidas) en ocasiones producen síntomas de depresión. Entre la población estadounidense se producen casi un millón de embolias pulmonares cada año, pero sólo 10% de estos incidentes da lugar a síntomas (o a comportamientos relacionados con la salud) que induzcan al paciente a solicitar una consulta médica en la que se ordenen pruebas de laboratorio para confirmar el diagnóstico. El 90% restante queda sin diagnosticar. Los individuos que experimentan estos incidentes pueden presentar pocos o ningún síntoma, pero algunos reportan necesidad de hiperventilar, sensación subjetiva de peligro inminente y otros síntomas de ansiedad.

## Hipoxia

La disminución del suministro de oxígeno al cerebro **(hipoxia),** sin importar su causa, genera depresión, ansiedad, cambios de personalidad, demencia o delirio. Por ejemplo, la insuficiencia cardiaca congénita o la anemia con frecuencia causan fatiga y otros síntomas que también se observan en la depresión.

## Anormalidades de electrólitos

Las anormalidades de electrólitos son bastante frecuentes en los hospitalizados. Dichas anormalidades pueden ser resultado de diversas afecciones, incluyendo enfermedad renal, deshidratación y aumento de la producción de orina **(diuresis).** Estas perturbaciones se miden en sangre, pero se distribuyen uniformemente en todo el organismo, incluso en líquido cefalorraquídeo. Cuando el cerebro queda expuesto a niveles anormales de electrólitos se produce delirio, depresión, ansiedad, psicosis o cambios de personalidad.

A Claudio D, un hombre de 59 años, se le diagnosticó cáncer pulmonar recientemente. Su comportamiento se hizo problemático en un lapso de tres días a partir de su ingreso al hospital, en particular después de que se le indicó que padecía cáncer y que éste se había diseminado a sus huesos. Las enfermeras observaron que se encontraba cada vez más agitado, hostil y paranoico. Su paranoia era evidente al cuestionar lo que enfermeras y médicos escribían en su expediente y lo que pensaban y decían. Comenzó a ocultarse cerca de las oficinas de enfermería, espiar a las enfermeras, a anotar sus conversaciones e intentó robar su expediente.

Nadie del personal del hospital conocía al Sr. B antes de su ingreso, pero se consideró en general que era de personalidad "difícil" como línea basal. Negó tener antecedentes de abuso de alcohol. Aunque su apariencia era ansiosa y paranoica, no presentaba deficiencia cognoscitiva notable. Se negó a efectuar pruebas formales, pero aparentemente su memoria a corto plazo y su concentración estaban intactas. Sus signos vitales eran normales y no presentaba fluctuación de la conciencia ni desorientación, por lo cual el delirio era poco probable. Su ira y sus pensamientos irracionales se observaban con mayor frecuencia siempre que se producían confrontaciones con el personal médico por lo inadecuado de sus reacciones.

Los análisis rutinarios de laboratorio indicaron un nivel alto de calcio en suero, más de 14 mg/dl (lo normal es aproximadamente 8 mg/dl). Tal vez el aumento de actividad osteoclástica secundaria a la metástasis elevaba el nivel del calcio. Se le prescribió una venoclisis de un medicamento que reguló su nivel de calcio hasta niveles normales en un lapso de un día.

La personalidad del Sr. D también experimentó una transformación notable durante ese día. En vez de tener actitud hostil y paranoica se mostró preocupado sobre su tratamiento y pronóstico. Dejó de espiar a las enfermeras y efectuó interacciones adecuadas con todo el personal médico.

Sin embargo, en los siguientes días el comportamiento y la actitud del Sr. D regresaron lentamente a su estado anterior, conforme sus niveles de calcio aumentaron con lentitud por encima de 13 mg/dl. Presentó comportamiento paranoico e irracional y amenazó con negarse a cualquier tipo de tratamiento. En las siguientes semanas, mientras recibía terapia diaria con radiaciones para Sus metástasis óseas, este patrón se repitió varias veces. Cuando su nivel de calcio era normal, su comportamiento era adecuado, pero conforme su nivel de calcio aumentaba su paranoia regresaba.

**Diagnóstico.** Cambio de personalidad derivado dé una afección médica (hipercalcemia) (eje I); cáncer pulmonar metastásico, hipercalcemia (eje III).

**Discusión.** La agitación y la paranoia del Sr. D no se investigaron de inmediato porque el equipo médico supuso que constituían su personalidad fundamental (línea basal) y que cualquier exacerbación al respecto era resultado de causas exclusivamente psicológicas (p. ej., reacción ante una enfermedad terminal y tensión debida al tratamiento).

Este caso ilustra más ampliamente la conexión entre la "mente" y el "cuerpo", es decir entre una afección médica y un conjunto de síntomas psiquiátricos y, de manera específica, el aspecto de cambio de la personalidad. Siempre es preciso investigar a fondo los cambios de personalidad, obtener antecedentes completos y efectuar los exámenes físicos y de laboratorio necesarios.

## Epilepsia del lóbulo temporal

**La epilepsia del lóbulo temporal (ELT)** (conocida también como trastorno complejo de convulsión parcial o trastorno psicomotor) difiere considerablemente de las convulsiones producidas por el gran mal. En vez de ocurrir en una manifestación motora y dar lugar a contracciones musculares, la epilepsia del lóbulo temporal afecta la descarga sincronizada de las células en los lóbulos temporales. En este caso la actividad eléctrica produce diversos efectos: ataques de "miedo", que se asemejan a los síntomas de un ataque de pánico; alucinaciones visuales, auditivas, u olfativas, o fenómenos de disociación, en los cuales el paciente percibe su entorno como "irreal" o "similar a un sueño". Entre una y otra convulsión, los pacientes experimentan síntomas de depresión, ansiedad o psicosis. De 7 a 23 % de los sujetos con epilepsia de lóbulo temporal presentan síntomas psiquiátricos similares a los de la esquizofrenia.

Algunas características distintivas de importancia de la epilepsia del lóbulo temporal incluyen alucinaciones olfativas, escribir de manera extensa y compulsiva (hipergrafía), periodos de disminución de la conciencia y antecedentes de traumatismos en la cabeza. Otros síntomas, como las creencias religiosas extremas y la disminución del impulso sexual, también se observan en esquizofrenia y no ayudan a realizar el diagnóstico diferencial. Cuando la epilepsia del lóbulo temporal se diagnostica incorrectamente como esquizofrenia, conduce a la prescripción de medicamentos antipsicóticos, los cuales reducen el umbral de las convulsiones y afectan el estado del paciente. Por otra parte, los EEG con suspensión del sueño empleando electrodos nasofaríngeos colocados cerca de los lóbulos temporales no logran revelar la epilepsia de lóbulo temporal en la mitad de los casos, de modo que el médico debe tener en cuenta este diagnóstico.

Esteban K, hombre de 45 años, asistía a terapia de grupo por ataques de pánico. Sus ataques eran congruentes con trastornos de pánico: padecía episodios de temor de 20 a 30 minutos, sentía un nudo en el estómago, palpitaciones, entumecimiento de las puntas de los dedos y sensación de temor. El Sr. K trabajaba como guardia de una prisión, pero los ataques de pánico, que se le presentaban varias veces por semana, le causaban tanta incomodidad emotiva, vergüenza y problemas, que dejó su trabajo por incapacidad médica.

Un breve intento de regresar a trabajar falló debido a su ansiedad y a la pérdida de confianza en sí mismo. La pérdida del empleo ocasionó que cada vez estuviera más deprimido y se sentía culpable por la carga financiera que imponía a su esposa. Además se quejó de total ausencia de impulso sexual, lo cual se sumó a las tensiones maritales. En ocasiones se sentía tan impotente sobre su situación, que consideraba la idea de suicidarse.

El Sr. K empleó diversos antidepresivos, pero ninguno de ellos mejoró sus ataques de

pánico. El diacepam fue de cierta ayuda, pero su psiquiatra se negó a darle un suministro constante. La terapia de grupo inicialmente le produjo cierto alivio y le sirvió de apoyo, pero él fue el único miembro del grupo que no experimentó mejorías significativas de su estado. Se veía cada vez más abatido e introvertido.

El Sr. K regresó al grupo después de una ausencia de un mes. Había experimentado remisión total de sus ataques de pánico y depresión y había regresado a su trabajo. Un psiquiatra de otra clínica revisó a fondo sus antecedentes y los resultados de sus exámenes y ordenó un EEG, el cual demostró espigas en los lóbulos temporales. Tras diagnosticarle epilepsia del lóbulo temporal, el psiquiatra le prescribió un anticonvulsivo, el cual dio lugar con prontitud a la remisión de los síntomas.

**Diagnóstico.** Trastorno de ansiedad por afección médica (epilepsia del lóbulo temporal) con ataques de pánico (eje I); epilepsia del lóbulo temporal (eje III).

## Trastornos endocrinos

Las perturbaciones del sistema endocrino afectan la producción de hormonas, las cuales constituyen el sistema de mensajeros intracelulares del cuerpo humano. Dichas perturbaciones endocrinas afectan de manera profunda el funcionamiento del SNO y producen síntomas psiquiátricos.

El **hipertiroidismo** aumenta el metabolismo celular en todos los aparatos y sistemas. En el SNC, estos cambios se traducen en una sensación subjetiva de agitación, ansiedad e inquietud. En ocasiones también origina manía o psicosis. El **hipotiroidismo** ocasiona síntomas opuestos: depresión con sensación de falta de energía **(anergia),** fatiga, pérdida de interés y placer en actividades que normalmente son agradables **(anhedonia)** y disminución del impulso sexual. El hipotiroidismo también produce síntomas psicóticos (que reciben el nombre de **locura por mixedema).**

Braulio F, estudiante de medicina de 24 años, experimentó depresión durante el otoño de su tercer año de estudios. Observó que tenía menos energía, se sentía invadido por la tristeza y percibía su futuro cada vez con mayor temor e impotencia. Presentaba problemas de concentración y memoria a corto plazo, y anhedonia. El y sus amigos propusieron diversas teorías psicológicas para explicar su depresión autodiagnosticada: tensión por los ajustera las rotaciones clínicas, problemas de relaciones, o trastorno afectivo estacional. Los antecedentes familiares positivos de trastornos afectivos ayudaron a que el Sr. F confirmara su propio diagnóstico.

El médico del Sr. F lo sometió a una investigación médica completa antes de prescribirle antidepresivos o psicoterapia, y observó los siguientes síntomas: aumento leve de peso, caída del cabello (alopecia) distribuida en todo el cuero cabelludo y retraso al probar los reflejos tendinosos profundos de la rodilla (RTP). Las pruebas de laboratorio demostraron un aumento del nivel de hormona estimulante de la tiroides (TSH). El tratamiento con medicamento para restitución de la hormona tiroidea resultó en una remisión completa y rápida de todos los síntomas físicos y emotivos, sin necesidad de prescribirle medicamentos antidepresivos.

**Diagnóstico.** Trastorno del estado de ánimo por afección médica (hipotiroidismo), con episodio similar a depresión profunda (eje I); hipotiroidismo (eje III).

La diabetes suele presentarse gradualmente y en forma "silenciosa", y como resultado, se manifiesta con síntomas de depresión o ansiedad relacionados con el aumento de los niveles séricos de glucosa (y por lo tanto en el sistema nervioso central).

Florencia G, una mujer de 53 años, asistió a una consulta por depresión grave un mes después de la muerte de su marido, con quien estuvo casada durante 30 años. Desgastada por haber dado apoyo a su marido durante su prolongada batalla contra el cáncer pulmonar metastásico, la Sra. G se encontraba sumamente deprimida y presentaba síntomas como ansiedad, insomnio, falta de contacto social con su familia y sus amistades, anhedonia, ausencia de impulso sexual, culpa y autoestima baja. Había aumentado nueve y medio kilogramos en los últimos meses. Pasaba la mayor parte del día llorando, y sus pensamientos, tanto en las horas de vigilia como en las de sueño, se enfocaban en su marido. Se había convencido de manera cada vez más profunda de que su vida y a no valía la pena, y comenzó a pensar como ponerle fin.

La Sra. G no tenía antecedentes personales ni familiares de ningún tipo de trastorno psiquiátrico. Sus problemas médicos incluían hipertensión y diabetes leve, para los cuales tomaba un diurético y un hipoglucemiante oral. Se negó a ser referida a un grupo de apoyo, pero no contaba con los recursos financieros para costear la terapia individual por más de un mes.

En estas circunstancias, su psiquiatra le recetó antidepresivos para tratar la depresión. Para reducir los efectos secundarios, el trata-

miento se inició con el antidepresivo fluoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS). En las siguientes semanas el estado de ánimo de la Sra. G mejoró drásticamente y la mayoría de los síntomas de depresión desaparecieron. Se sintió bien los tres meses siguientes pero, a medida que se aproximaba la época navideña, su depresión regresó a un nivel casi tan grave, como antes del tratamiento. Preguntó al médico si podía aumentar la dosis de fluoxetina.

El psiquiatra de la Sra. G habló con ella acerca de cómo había pasado su primer día de gracias sin su marido tras haberlo pasado con él los 30 años anteriores, pero aparentemente esto no le ayudó. También le preguntó sobre su salud general. Ella reportó que estaba tomando un tercer curso de antibióticos por bronquitis persistente y que cada vez sentía más sed, necesidad de orinar con más frecuencia y en ocasiones tenía periodos de mareo. El psiquiatra reconoció que estos síntomas sugerían fuertemente una exacerbación de la diabetes y le recomendó acudir de inmediato al internista.

La muestra de sangre tomada en el consultorio del internista indicó un nivel de azúcar en sangre en ayunas de 450 mg/dl, cantidad cuatro veces mayor de lo normal y potencialmente muy peligrosa. El médico de la Sra. G le prescribió inyecciones de insulina y en un lapso de dos semanas el nivel de azúcar en sangre se normalizó y su bronquitis desapareció. La depresión de la Sra. G también desapareció totalmente a pesar de la tensión que le producían las próximas fiestas.

**Diagnóstico.** Depresión grave exacerbada por diabetes (eje I); diabetes tipo II (eje III).

Los trastornos psiquiátricos también pueden ser resultado de desequilibrios en los niveles de corticosteroides endógenos. El **síndrome de Cushing,** que se caracteriza por producción excesiva de corticosteroides, da lugar a síntomas de manía. La **enfermedad de Addison,** que se caracteriza por producción muy baja de corticosteroides, con frecuencia ocasiona depresión. Ambas enfermedades ocasionan cambios de la personalidad o psicosis. Los trastornos paratiroideos también causan síntomas psiquiátricos.

### Trastornos del tejido conectivo

Las enfermedades como **esclerosis múltiple** o **lupus eritematoso sistémico** producen lesiones en el sistema nervioso central y periférico. Según sea su ubicación, estas lesiones ocasionan diversos síntomas psiquiátricos como ansiedad, psicosis, manía o depresión. Dichos síntomas suelen aparecer meses o años antes de los síntomas físicos de la enfermedad, o bien se notan clínicamente, por lo cual a muchos pacientes se les diagnostica de manera errónea una afección psiquiátrica durante años. El problema se exacerba porque las enfermedades del tejido conectivo suelen afectar a mujeres más jóvenes que con facilidad pueden clasificarse dentro del estereotipo de "histéricas".

### Cáncer

Ciertas formas de cáncer con frecuencia causan síndromes neuropsiquiátricos. Por ejemplo, quienes padecen cáncer pancreático a menudo presentan síntomas de depresión. Otros cánceres del aparato digestivo también ocasionan depresión, probablemente por la liberación de neuropéptidos que actúan como mensajeros químicos para el SNC. Los **feocromocitomas** (tumores poco frecuentes y de tipo benigno en la médula suprarrenal) producen ansiedad o episodios discretos similares al trastorno de pánico. El cáncer primario o metastásico del SNC también produce perturbaciones psiquiátricas.

### Infecciones

En ciertos casos, las infecciones simulan síndromes psiquiátricos y también ocasionan demencia y delirio. El HIV causa manía, depresión o psicosis, además de cambios de personalidad y demencia, ya sea a través de efectos citotóxicos para el SNC, que se deben a deficiencias de neurotransmisores, o por permitir que el cerebro sea afectado por infecciones oportunistas o tumores. La **neurosífilis,** un síndrome del SNC que se observa en etapas avanzadas de sífilis (etapa terciaria) también produce síntomas similares.

La **meningitis** aguda o crónica, una infección bacteriana o viral de la estructura que rodea el cerebro, produce depresión y problemas desde leves hasta graves del funcionamiento cognoscitivo, por ejemplo, problemas de memoria y concentración. La punción lumbar para analizar el líquido cefalorraquídeo y detectar evidencia de infección se considera diagnóstica. Los pacientes con meningitis aséptica pueden presentar síntomas sutiles, y las muestras de punción lumbar en ocasiones dan resultados diagnósticos negativos o de tipo equívoco. Otras infecciones menos frecuentes, como la enfermedad de Lyme o la rabia, también producen síntomas psiquiátricos.

Rosa María H, de 25 años de edad, fue enviada para una evaluación psiquiátrica por síntomas de depresión que habían empeorado gradualmente en un periodo de seis meses. Antes del inicio de la depresión, la Srita. H había tenido mucho éxito en su trabajo y además realizaba actividades físicas los fines de semana. Ahora se quejaba de tristeza, fatiga, disminución del apetito, pérdida de peso de nueve y medio kilogramos; indicaba que dormía de ma-

nera excesiva (hipersomnia) y tenía dificultades para concentrarse y de la memoria a corto plazo de tipo tan grave que estaba en peligro de perder su empleo.

La Srita. H también se quejó de dolor crónico en las articulaciones y fiebre baja ocasional que se inició poco después del inicio de la depresión, El internista la sometió a diversas pruebas para trastornos del tejido conectivo, como lupus eritematoso y esclerosis múltiple. Todas las pruebas fueron negativas con excepción de la tasa de sedimentación, un indicador inespecífico de posible inflamación. El médico de la Srita. H llegó a la conclusión de que su depresión le producía quejas somáticas y le prescribió el antidepresivo fluoxetina. La Srita. H observó una mejoría mínima y entonces su médico decidió mandarla a un psiquiatra.

El psiquiatra se enteró de que la Srita. H no tenía antecedentes familiares o personales de trastornos del estado de ánimo o ansiedad. Le aplicó un examen cognoscitivo para probar su memoria y concentración. Aunque esperaba que estuvieran afectadas en cierto grado por la depresión, el psiquiatra observó que las deficiencias eran sumamente graves y también sospechó que existía algún problema médico no reconocido. Recordó que la paciente había mencionado que gustaba acampar en cierta parte de la región en donde prevalecía la enfermedad de Lyme y le preguntó sobre una posible exposición a garrapatas. La Srita. H recordó haber quitado garrapatas de su perro ocho meses antes, pero no recordó que éstas la hubieran picado.

El psiquiatra ordenó una prueba de laboratorio para enfermedad de Lyme, la cual resultó positiva. Transmitió esta información al internista de la Srita. H, quien recomendó un curso de terapia con antibióticos. Un mes después, la depresión de la Srita. H, el dolor en las articulaciones y la disfunción cognoscitiva habían desaparecido. La paciente dejó de tomar fluoxetina y continuó libre de todos los síntomas físicos y emotivos.

**Diagnóstico**. Depresión grave a consecuencia de trastorno médico (enfermedad de Lyme) (eje I); enfermedad de Lyme (eje III).

## Medicamentos

Los medicamentos constituyen una causa importante y frecuente de perturbaciones psiquiátricas. La barrera hematoencefálica es permeable a diversos medicamentos de prescripción y algunos medicamentos no psiquiátricos diseñados para tratar algún sistema del organismo ejercen efectos potentes sobre el SNC. Por ejemplo, la reserpina, un antihipertensivo, produce depresión grave en diversos sujetos; los bloqueadores H2 como la cimetidina, un fármaco para tratar la úlcera, producen depresión, .agitación, demencia o delirio, y los anticonceptivos orales ocasionan depresión en ciertas pacientes.

Algunas poblaciones corren un riesgo particular de sufrir trastornos psiquiátricos por el uso de medicamentos: las personas de edad avanzada, individuos infectados por HIV y sujetos con demencia son más susceptibles a los efectos secundarios del SNC. Las mujeres y algunos grupos étnicos han estado poco representados en los estudios farmacológicos, con excepción de los más recientes, y en este tipo de pacientes los efectos secundarios suelen ocurrir con mayor frecuencia. Además, los nuevos medicamentos en ocasiones producen efectos psiquiátricos desconocidos.

Un mismo medicamento puede originar diversos síntomas en algunos pacientes y producir poco o ningún efecto psiquiátrico en otros. Los esteroides como la prednisona (que se emplea con frecuencia para tratar asma, dermatitis de contacto grave o afecciones del tejido conectivo) produce depresión, manía o psicosis en personas sin antecedentes psiquiátricos previos.

Patrick I, de 40 años, fue hospitalizado por leucemia. Estaba recibiendo quimioterapia agresiva, incluyendo prednisona, para combatir la leucemia. Su comportamiento se hizo cada vez más agitado y alterado, y se solicitó una consulta psiquiátrica cuando las enfermeras lo encontraron intentando ajustar los controles de su bomba de venoclisis.

Cuando lo entrevistaron, el Sr. J llevaba ropa de colores vivos y había decorado la pared de su habitación del hospital con docenas de burdos dibujos elaborados por él mismo en los últimos días. El Sr. J tema deseos de hablar y en ocasiones lo hacía tan rápido y tan alto, que fue necesario que el entrevistador lo reorientara y lo enfocara a lo largo de la entrevista. Conforme hablaba, continuaba dibujando. Parecía mínimamente perturbado por su diagnóstico de cáncer, y cuando se le preguntó si los acontecimientos recientes le habían impactado, él replicó "Me han impactado una y otra vez y de manera repetida las locuras que hace el presidente de Estados Unidos".

El Sr. J continuó describiendo la guerra entre las células saludables y las cancerosas de su organismo como un "microrreflejo" de la Guerra del Golfo. En ocasiones parecía realizar asociaciones poco coherentes, pero no estaba paranoico ni daba indicios de sufrir alucinaciones. Su compresión parecía mala; reconoció tan

sólo de manera breve que quizá la prednisona fuera responsable de su aumento de nivel de actividad y estuvo de acuerdo en que su estado de ánimo elevado era sumamente extraño.

Al reducir la dosis de prednisona, su estado de ánimo, sus procesos de pensamiento y su comportamiento regresaron a la normalidad.

**Diagnóstico.** Manía causada por corticosteroides (eje I); leucemia (eje III).

## Deficiencias vitamínicas

En ocasiones las deficiencias vitamínicas tienen efectos secundarios neuropsiquiátricos, incluyendo ansiedad, manía, depresión, psicosis y cambios de la personalidad, por lo cual es de suma importancia revisar los antecedentes nutricionales del paciente. Las personas con riesgos especiales incluyen sujetos desnutridos por dependencia del alcohol, cáncer, SIDA, anorexia nerviosa y otras enfermedades.

## Uso de alcohol y drogas

El uso o dependencia de las sustancias constituye una de las causas subyacentes más frecuentes de las enfermedades psiquiátricas y se observa hasta en 50% de todos los enfermos psiquiátricos. Ninguno de estos pacientes admite que usa drogas o alcohol, por lo cual algunos servicios psiquiátricos para internos y externos llevan a cabo de manera automática una detección toxicológica en orina.

Daniel R, de 40 años, fue referido por su internista para tratamiento de depresión y ataques de pánico. Desde hacía tiempo se quejaba de depresión a bajo nivel (distimia), caracterizada por falta de energía, baja autoestima, impulso sexual pobre y falta de interés en todo tipo de actividad. Según él, sus síntomas se iniciaron tras la muerte de sus padres en un accidente en vehículo motorizado hacía siete años, acontecimiento que le permitió contar con suficientes ingresos como para pasar la mayor parte del año sin trabajar. Dejó varios trabajos después de algunos meses porque le "aburrían". Su vida cotidiana consistía en mirar la televisión, tocar la guitarra, o pasar el tiempo sin hacer nada. Tenía poco contacto con sus amigos y se quejaba de sentirse aislado; pero también era evidente que con frecuencia no aceptaba las invitaciones de sus amigos a jugar tenis o a salir a cenar. El Sr. R deseaba entablar una relación romántica pero decía carecer de la energía necesaria para ello.

El Sr. R dijo que había intentado asistir a psicoterapia una vez en el pasado durante varios meses, pero sin observar mejorías. Comenzó a experimentar más ansiedad y el inicio de ataques de pánico. Estos ataques concordaban con las descripciones de los libros de texto: episodios de incremento de ansiedad y temor con calidad de crescendo en un lapso de 20 a 30 minutos. Iban acompañados de síntomas físicos como palpitaciones cardiacas, palmas de las manos sudorosas, entumecimiento de extremidades superiores, e hiperventilación; Los ataques de pánico empeoraron con el transcurso del tiempo y ocurrían varias veces por semana, principalmente por la mañana.

El Sr. R visitó a su médico, quien llevó a cabo un examen físico rutinario para descartar cualquier causa médica de la depresión y los ataques de pánico. También le ordenó una serie de exámenes de laboratorio, incluyendo pruebas del funcionamiento de la tiroides y exámenes rutinarios de química sanguínea y electrólitos. Los resultados fueron todos normales. El médico le prescribió un antidepresivo tricíclico que había empleado con éxito para tratar los ataques de pánico.

El curso de la enfermedad del Sr. R fue atípico con respecto al de la mayoría de las personas bajo tratamiento por trastornos de pánico. En vez de experimentar una rápida mejoría, continuaba presentando síntomas. A pesar de la introducción gradual del antidepresivo, experimentó problemas como efectos secundarios anticolinérgicos (p. ej., visión borrosa, boca seca), y aunque estos efectos usualmente desaparecen tras varias semanas, el Sr. R continuó experimentándolos por meses. Fue imposible aumentarle la dosis de antidepresivo para alcanzar niveles terapéuticos, de modo que el psiquiatra recomendó un cambio a paroxetina, un antidepresivo ISRS. Este medicamento fue mejor tolerado, pero sólo produjo una resolución parcial de su ataque de pánico.

Tras seis meses de psicoterapia semanal, el Sr. R continuaba quejándose de depresión y ataques de pánico mudo. Su vida no se había modificado con respecto a la que llevaba antes del tratamiento, y tanto él como el psiquiatra se sintieron frustrados por su falta de progresos. El Sr. R comenzaba cada sesión preguntando "Y bien, ¿qué va usted a hacer por mí el día de hoy?" Ni la exploración sobre la muerte de sus padres ni las interpretaciones para intentar relacionar el estado actual del paciente con su niñez, o los intentos para lograr que el paciente se interesara en su situación actual parecieron ejercer algún impacto.

Por último, el psiquiatra decidió dedicar toda la hora a examinar los antecedentes del paciente. Al llegar al área de uso de sustancias, el sujeto

reportó de nuevo que sólo bebía "socialmente, unas cuantas copas por semana". Tal vez para ser más preciso, el psiquiatra decidió investigar esta afirmación y le preguntó al Sr. R cuánto había bebido el día anterior (domingo).

Sin titubear, el Sr. R replicó, "Un paquete de seis cervezas y algunos vasos ("caballitos") de vodka".

"¿Y el sábado?", le preguntó el psiquiatra.

El Sr. R respondió que había bebido aproximadamente la misma cantidad. En respuesta a un interrogatorio más amplio, el Sr. R reveló que éste era generalmente su consumo de alcohol el fin de semana, y que bebía "un poquito menos" durante la semana. Cuando el psiquiatra le preguntó qué efecto le producía el alcohol, él dijo que le permitía "estar más tranquilo"; y agregó que en ocasiones necesitaba un trago por la mañana para prevenir un ataque de pánico.

El psiquiatra ordenó un nuevo conjunto de pruebas de laboratorio y pidió al Sr. R que llevara un diario de lo que bebía, de su estado de ánimo, y de los ataques de pánico que experimentara durante la siguiente semana. En la siguiente cita, el registro del Sr. R confirmó la sospecha de que los ataques de pánico ocurrían por las mañanas de los días de la semana, probablemente debido a leve supresión alcohólica. Sus pruebas de funcionamiento hepático estaban levemente elevadas, guardando un patrón congruente con leve hepatitis alcohólica.

El psiquiatra le explicó que el consumo de alcohol le ocasionaba depresión continua, ataques de pánico y la falta de buenos resultados en la terapia, pero agregó que habían buenas probabilidades de que estos problemas se resolvieran si el Sr. R asistía a. Alcohólicos Anónimos, dejaba de beber alcohol y continuaba asistiendo a la terapia.

La respuesta del Sr. R fue sorprendente: "Todos los demás psiquiatras llegaron a esa misma conclusión". A continuación reportó que había visitados a "muchos" otros psiquiatras en los últimos cinco años y que, en último término, todos ellos le habían recomendado dejar de beber alcohol. "Pensé que usted podría hacer alguna otra cosa para ayudarme, y quizá por ello olvidé mencionar que bebía." El psiquiatra reiteró que era necesario que el Sr. R tuviera en cuenta su dependencia del alcohol como parte del plan de tratamiento, e insistió en los riesgos potenciales para la salud que plantea el consumo continuo de alcohol. El Sr. R escuchó sus palabras de manera escéptica. "Me iré de vacaciones un par de meses", indicó. "Le llamaré cuando regrese y le indicaré lo que decida." El Sr. R no volvió a ponerse en contacto con el psiquiatra en los cinco años siguientes.

**Diagnóstico.** Depresión con trastorno de pánico a consecuencia de dependencia de alcohol (eje I); dependencia/abuso de alcohol (eje I); hepatitis alcohólica (eje III).

La persona en ocasiones no describen con precisión sus antecedentes de uso de sustancias por diversos motivos. Algunas se preocupan porque consideran que al decir la verdad no recibirán tratamiento, o que la animosidad que los datos inspiren en los profesionales al cuidado de la salud ocasionará que ellos reciban cuidados de calidad inferior. Otros no consideran que el uso de sustancias sea problemático, o subestiman su consumo de drogas o alcohol. En ocasiones el personal médico desalienta de manera indirecta la exploración adecuada de estos aspectos.

## Alteración de los ciclos del sueño

La alteración de los patrones de sueño normales ocasiona síntomas psiquiátricos. La **apnea durante el** sueño es un trastorno que interfiere de manera drástica con la estructura normal del sueño: el patrón de las distintas etapas se correlaciona con la actividad de las ondas cerebrales. La relajación de los músculos lisos en las vías respiratorias superiores durante la etapa de movimientos oculares rápidos (MOR) del sueño origina **episodios de apnea,** que son periodos en los cuales el paciente no respira, ya sea por obstrucción o por disminución de los impulsos que van de los centros respiratorios hacia el SNC. El paciente cesa de respirar hasta por 30 a 60 segundos; después de esto, el contenido de oxígeno de su sangre disminuye a un 50% o menos, el sujeto adquiere coloración azul y finalmente despierta de manera total o parcial para obtener aire.

Los afectados suelen experimentar, docenas, o inclusive cientos de episodios de apnea en una misma noche, pero quizá no recuerden estas interrupciones del sueño. Como resultado de las noches con actividad REM mínima, se despiertan exhaustos y cansados y probablemente tengan que luchar con el letargo y la somnolencia durante todo el día. Esta afección produce con facilidad síntomas depresivos y cambios de la personalidad. Las disfunciones cognoscitivas comunes incluyen deficiencia de la memoria a corto plazo y dificultad para concentrarse. Los tratamientos eficaces incluyen administrar aire con presión positiva durante la noche, o efectuar una intervención quirúrgica para eliminar el exceso de tejido en paladar o la garganta.

Gabriel J, un hombre de 60 años con obesidad mórbida e insuficiencia cardiaca congestiva, ingresó para un estudio del sueño. Los médicos, que participaban en el caso estaban muy preocupados sobre su afección médica, ya

que ésta implicaba un alto riesgo de sufrir un paro cardiaco.

Se observó que el Sr. J tomaba siestas durante el día y tenía apariencia sumamente cansada e irritable. Su concentración y su memoria a corto plazo estaban muy afectadas. En los últimos diez años su familia observó un trastorno gradual pero drástico de su personalidad. Un estudio del sueño demostró que el Sr. J experimentaba más de 100 episodios de apnea (momento en que se deja de respirar), acompañados por niveles significativamente reducidos de oxígeno en sangre. Lo más alarmante fue que el paciente presentaba arritmias cardiacas durante estos periodos de niveles bajos de oxígeno.

Se le administró un plan de tratamiento que consistió en la eliminación quirúrgica del exceso de tejido en la boca, un programa para bajar de peso y un aparato para administrarle presión continua a las vías respiratorias (CPAP) con el fin de impedir que sus tejidos blandos se colapsaran en la noche. En los tres meses siguientes al inicio del tratamiento, el Sr. J reportó una gran mejoría en su estado físico y emotivo y un regreso a su personalidad basal.

**Diagnóstico.** Cambios de la personalidad debidos a apnea durante el sueño (eje I); apnea durante el sueño, obesidad mórbida, insuficiencia cardiaca congestiva (eje III).

Una porción significativa de las personas que trabajan en el turno nocturno o en diversos horarios (rotando turnos de trabajo de la mañana a la tarde y a la noche) experimentan efectos psicológicos adversos, incluso depresión y cambios de la personalidad. En ciertos casos se observa disfunción cognoscitiva, la cual es particularmente peligrosa en operadores de maquinaria pesada, pilotos y médicos.

### Afecciones poco frecuentes

Los síntomas psiquiátricos también pueden ser resultado de algunas afecciones clínicas poco comunes. Algunas afecciones hereditarias como la **enfermedad de Wilson** (metabolismo anormal del cobre), **porfiria intermitente** (metabolismo anormal de la hemoglobina) y **corea de Huntington** (una demencia progresiva) producen síntomas de psicosis y demencia. La exposición a metales pesados y neurotoxinas en el trabajo o en el hogar también ocasiona depresión, ansiedad, cambios de la personalidad o demencia.

Diana M, una mujer de 23 años, ingresó al pabellón psiquiátrico para tratamiento de esquizofrenia de tipo paranoide. Ella había ingresado previamente dos veces y en esas ocasiones había respondido bien al tratamiento agresivo con un antipsicótico. No obstante, en esta ocasión aunque la Srita. M presentaba una psicosis manifiesta, se negaba a ser tratada con el antipsicótico. Escuchaba voces; ocasionalmente admitía haber tenido alucinaciones visuales y estaba sumamente agitada, paranoica y confundida.

Las pruebas neuropsicológicas demostraron que su capacidad de concentración y la visuoespacial estaba afectada. Una revisión de su expediente indicó que el diagnóstico de esquizofrenia se había propuesto desde el primer ingreso, pero las pruebas de laboratorio no se habían completado. Una resonancia magnética de su cerebro demostró degeneración de los ganglios básales. Además presentaba un "anillo de Kayser-Fleisher" de color café producido por depósitos de cobre en torno a la periferia de la córnea. Los niveles de ceruloplasmina sérica (una enzima portadora de cobre) fueron bajos, lo cual confirmó el diagnóstico de enfermedad de Wilson. El tratamiento con penicilamina y una dieta con bajo contenido de cobre produjo mejorías significativas en la psicosis de la Srita. M. y en su funcionamiento cognoscitivo.

**Diagnóstico.** Trastorno psicótico por afección médica (enfermedad de Wilson) con delirios (eje I); enfermedad de Wilson (eje III).

## TRATAMIENTO

El tratamiento definitivo de los síndromes psiquiátricos con causas clínicas siempre incluye tratar la afección clínica subyacente. Por ejemplo, es importante que los pacientes que experimentan manía a causa de esteroides dejen de tomar ese medicamento; quienes padecen depresión por hipotiroidismo necesitan tratamiento para ese trastorno del sistema endocrino, y así sucesivamente. Con frecuencia las afecciones psiquiátricas mejoran o desaparecen en su totalidad al corregirse el problema clínico. Algunas personas que usan drogas o alcohol también experimentan desaparición de la depresión, la ansiedad u otros síntomas al abstenerse de esas sustancias.

No obstante, los síndromes con causa clínica en ocasiones "adquieren vida propia". Por ejemplo, un paciente cuya depresión es por hipotiroidismo quizá aún presente depresión grave después de que su nivel tiroideo regrese a la normalidad, y como resultado, probablemente requiera antidepresivos o psicoterapia.

En otras personas, los síntomas psiquiátricos dan lugar a problemas y a otros peligros. Por ejemplo, muchos pacientes maniáticos gastan tal cantidad de dinero que contraen muchas deudas y necesitan declararse en bancarrota, o quizá su matrimonio termine debido a infidelidades iniciadas durante algún episodio de manía. Inclusive si los pacientes comprenden que

sus síntomas son ocasionados por alguna afección clínica, es necesario tener en cuenta los efectos psicológicos posteriores a consecuencia de los síntomas psiquiátricos.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Es notable como los médicos, a pesar de su entrenamiento, a menudo no llevan a cabo una investigación completa para determinar la causa clínica en aquellos pacientes que presentan síntomas psiquiátricos. Las reacciones emotivas del médico ante síntomas como ansiedad, depresión, manía o psicosis quizá ocasionen que pase por alto las posibles afecciones clínicas subyacentes.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La mayoría de los médicos y analistas de cuidados de salud están de acuerdo en que en la próxima década los aspectos financieros de los cuidados médicos estarán cada vez más vigilados. Hasta la década de 1980 los médicos practicaban con amplia autonomía, y casi nunca tenían en cuenta los aspectos económicos en la toma de decisiones clínicas. No obstante, en el sistema de administración de cuidados tan frecuente en la actualidad, quizá no sea posible obtener reembolsos para ciertos procedimientos por consideraciones económicas. ¿Qué ocurre cuando las decisiones clínicas entran en conflicto con restricciones económicas, o cuando el médico carece de autonomía para determinar el tipo de procedimientos clínicos que se efectuarán? ¿Cómo compara el médico el costo de una prueba contra los posibles daños en caso de que alguna afección clínica quede sin diagnosticar? ¿Hasta qué grado son responsables los médicos de pasar por alto algún diagnóstico clínico si existen restricciones que impiden que se efectúen pruebas más amplias?

Estos aspectos se complican aún más en pacientes con diagnósticos menos aceptados, como síndrome de fatiga crónica, enfermedades ambientales y síndrome de la Guerra del Golfo. Quienes consideran con escepticismo estos diagnósticos, indican que las personas que dicen padecer estos trastornos en realidad sufren de depresión grave o trastornos somatiformes en los cuales la tensión psicológica conduce a que se observen síntomas que sugieren una causa clínica. Quienes sí creen en este tipo de trastornos argumentan que se trata de enfermedades físicas reales que originan estados depresivos (p. ej., trastornos del estado de ánimo debidos a alguna afección clínica) y que los pacientes se deprimen aún más porque los médicos no reconocen su enfermedad. Este tema no es una controversia abstracta acerca de la gallina y el huevo; muchos médicos se sienten airados por la noción de que algunos proveedores de cuidados de salud diagnostiquen y traten a los pacientes con este tipo de trastornos de manera que consideran no científica y poco ética. Algunos enfermos consideran que el sistema médico los ha "etiquetado" diciendo que padecen afecciones "psicosomáticas", y forman grupos para obtener apoyo y aceptación para sus causas. La lucha para definir este tipo de trastornos se ha transformado en una batalla tanto política como científica.

En ocasiones surgen problemas éticos cuando se intenta determinar si el paciente emplea drogas o alcohol. Dada la elevada incidencia de uso de sustancias entre sujetos con trastornos psiquiátricos, algunos clínicos están a favor de realizar exámenes obligatorios y frecuentes de sangre y orina para detección de uso de sustancias. ¿Qué efecto ejerce este procedimiento de vigilancia sobre la confianza entre el enfermo y el médico? En casos poco frecuentes, quizá sea necesario violar la confidencialidad del paciente para proteger la seguridad pública. Por ejemplo, si el sujeto se niega a someterse a una investigación de síntomas de apnea durante el sueño (incluyendo fatiga y somnolencia a lo largo del día, inclusive mientras maneja), el médico responsable quizá se vea legalmente obligado a alertar al departamento de tránsito, aunque el paciente no esté de acuerdo.

Algunas personas no están conscientes de los cambios de estado mental que ciertas afecciones médicas ocasionan. Esta falta de conciencia o de comprensión quizá sea resultado de alguna disfunción cognoscitiva, trastorno del pensamiento o constituya negación. Este tipo de pacientes con frecuencia se niegan a someterse a análisis más amplios, o a recibir tratamiento y es necesario que los médicos decidan cómo proceder. Si el enfermo no logra comprender las implicaciones de determinada enfermedad y no da su consentimiento informado para el tratamiento, quizá sea preciso recurrir a algún miembro de la familia para que tome las decisiones de manera subrogada. En ausencia de miembros de la familia, el tribunal local puede designar algún representante médico *(medical conservator)* para funcionar con la misma capacidad.

Por último, en pacientes que sufren manía por medicamentos puede surgir un aspecto ético poco común. Estos sujetos en ocasiones solicitan dosis de medicamentos que les producen cierta euforia. ¿Qué estado final de ánimo deben aceptar los médicos como meta para ajustar la dosis del medicamento? Por ejemplo, ¿se debe permitir que un paciente que padece leucemia tome una dosis adicional de 5 a 10 mg de prednisona diariamente para que se sienta menos preocupado con respecto a su grave enfermedad? Este

aspecto tan complejo incluye considerar cómo definen los pacientes y los médicos la salud física y emotiva óptima, y hasta qué grado es correcto que el médico cumpla con los deseos de su paciente.

## CONCLUSION

Diversas afecciones médicas causan síntomas psiquiátricos, por ejemplo, manía, depresión, ansiedad, cambios de la personalidad o psicosis. Cualquier paciente que se presente a una instalación médica con este tipo de síntomas psiquiátricos debe ser sometido a un examen médico completo para descartar alguna causa clínica de los síntomas. Es preciso obtener una historia clínica completa y llevar a cabo exámenes completos del estado mental, cognoscitivos y físicos, incluyendo las pruebas de laboratorio necesarias. Al dar tratamiento a la afección clínica subyacente, con frecuencia se logra la resolución total o parcial de los síntomas psiquiátricos. No obstante, en ciertos casos se requiere tratamiento adicional; además es preciso tomar en cuenta las dimensiones psicológicas, familiares y culturales de los trastornos psiquiátricos ocasionados por afecciones clínicas.

### REFERENCIAS


Buckley R: Differentiating medical and psychiatric illness. Psychiatr Ann 1994;24(11):584.

Cummings JL: Secondary and drug-induced mood, anxiety, psychotic, catatonic and personality disorders: a review of the literature. J Neuropsychiatr Clin Neurosci 1992;4:369.

Cummings JL, Trimble MR: *Concise Guide to Neuropsychiatry and Behavioral Neurology.* American Psychiatric Press, 1995.

Gadde KM, Krishnan K, Ranga R: Endocrine factors in depression. Psychiatr Ann 1994;24(10):519.

Lim L, Ron MA, Ormerod IEC, David J et al: Psychiatric and neurologic manifestations in systemic lupus erythematosus. Q J Med. 1988;n.s.66(249):27.

Pies RW: Medical 'mimics' of depression. Psychiatr Ann 1994;24(10):521.

Pine DS, Douglas CJ, Charles E et al: Patients with multiple sclerosis presenting to psychiatric hospitals. J Clin Psychiatr 1995;56:297.

Wyszynski AA, Wyszynski B: The patient on steroids. Chapter 5 in: *A Case Approach to Medical Psychiatric Practice.* American Psychiatric Press, 1996.

# Delirio y demencia 3

*David Elkin, MD y Kristine Yaffe, MD*

El delirio es un fenómeno agudo de corta duración que se caracteriza por disfunción cerebral global. En contraste, la demencia es una enfermedad progresiva y crónica del sistema nervioso central (SNC) que afecta las funciones cognoscitivas superiores. Tanto la demencia como el delirio tienen múltiples causas potenciales, por lo que requieren diagnóstico y tratamiento completo y rápido.

## DELIRIO

El término **delirio** se emplea para referirse a diversas afecciones, entre ellas, encefalopatía y alteración del estado mental.

### INCIDENCIA

La incidencia del delirio es particularmente alta en pacientes hospitalizados, quienes tienden a presentar problemas clínicos subyacentes de tipo grave, o se han sometido o están a punto de someterse a alguna intervención quirúrgica. Cerca de 10% de la población general de pacientes hospitalizados experimenta delirio; dicho porcentaje se eleva hasta 30% en las unidades de cuidados intensivos médicos y quirúrgicos. Los pacientes que tienen un riesgo mayor del promedio de desarrollar delirio incluyen las personas de edad avanzada y los sujetos con enfermedades preexistentes del SNC (incluyendo demencia) y los infectados por HIV. Quienes toman medicamentos múltiples o presentan deficiencias sensoriales (p. ej., discapacidad auditiva o visual), también corren mayor riesgo.

### CAUSAS

Las causas específicas del delirio varían dependiendo del hospital y de la población. Por ejemplo, la supresión alcohólica es uno de los motivos más frecuentes de delirio en los pacientes de los hospitales de las ciudades, debido a la mayor incidencia de dependencia del alcohol entre la población a la que se da atención en estos centros médicos. Los medicamentos también desempeñan un papel significativo en diversos casos; los anticolinérgicos, opiáceos y otros fármacos contra el dolor pueden causar delirio.

Las anormalidades de electrólitos que perturban el funcionamiento celular normal producen delirio con facilidad, ya que afectan el líquido cefalorraquídeo (LCR) y, por lo tanto, al propio cerebro. Las infecciones del SNC, como encefalitis o meningitis, también ocasionan delirio, al igual que otras infecciones en diversas partes del organismo (p. ej., infecciones de vías urinarias o neumonía). Los trastornos burdos del SNC, como ataques de apoplejía o estados posconvulsivos, constituyen otra causa común. Los traumatismos de la cabeza también dan lugar a delirio en ciertos casos, igual que la hiperirrigación cerebral secundaria a trastornos cardiopulmonares.

La deficiencia de tiamina es una causa potencialmente reversible de delirio (y demencia) y ocurre durante la realimentación de pacientes desnutridos en el hospital; la tiamina es un cofactor del metabolismo, por lo cual cuando este tipo de personas finalmente recibe alimento, sus niveles críticamente bajos se agotan con rapidez. Quienes beben en exceso (y por lo tanto derivan la mayor parte de su consumo de calorías del alcohol) y las personas con afecciones desgastantes de tipo crónico, como cáncer o SIDA, corren riesgo especial de padecer deficiencias de tiamina.

### VALORACION DIAGNOSTICA

El delirio suele desarrollarse con rapidez en pocos días vinculado con alguna enfermedad clínica subyacente, y con frecuencia presenta una calidad que varía con rapidez ("aumenta y disminuye"). El examen del estado mental, en particular el examen cognoscitivo, y los antecedentes del paciente proporcionados por la familia o el personal de enfermería son dos componentes importantes para diagnosticar el delirio.

## 1. SIGNOS Y SINTOMAS

Los criterios diagnósticos para el **delirio** incluyen disminución del margen de atención, pensamientos desorganizados, alucinaciones, ilusiones, percepciones erróneas, perturbación de los ciclos de sueño y vigilia, desorientación, disfunción cognoscitiva y antecedentes de inicio breve con clara relación con algún otro factor clínico subyacente. El delirio se caracteriza por una cantidad variable de cambio en el estado mental del paciente, quien pasa desde la normalidad hasta la anormalidad en pocas horas, o inclusive minutos (y por lo tanto, confunde a los diferentes miembros del equipo médico).

## 2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental del paciente que padece delirio a menudo es notablemente anormal. Estas observaciones varían conforme el estado de delirio aumenta o disminuye, de modo que es posible que el examen arroje resultados distintos según la hora en que se practique.

**A. Apariencia, comportamiento y lenguaje.** Quienes padecen **delirio callado** o **hipoactivo** en ocasiones tienen apariencia de cansancio, pero se comportan normalmente con el personal hospitalario (no obstante, no se comportan así con los miembros de su familia), mientras que el **delirio con agitación** resulta evidente para la mayoría de los examinadores. Con frecuencia quien padece delirio tiene apariencia distraída debido a problemas de atención. Los sujetos con esta afección en ocasiones presentan perseveración motora visible, como tirar de manera repetida la cubrecama.

**B. Emociones.** Se observa afecto restringido, inadecuado o lábil.

**C. Procesos de pensamiento y contenido.** Es probable que se observe circunstancialidad o tangencialidad en los procesos de pensamiento, la cual se manifiesta por asociaciones pobres y desorganización en ciertos casos. A menudo se observan alucinaciones e ilusiones. Las alucinaciones táctiles aumentan la posibilidad de que el factor causal sea supresión alcohólica o de benzodiacepinas. La paranoia también es frecuente.

**D. Criterio, comprensión y control de impulsos.** El criterio, la comprensión y el control de impulsos suelen verse notablemente disminuidos.

**E. Examen cognoscitivo.** En la mayoría de los casos de delirio se observa disfunción cognoscitiva. El nivel de conciencia del paciente suele ser anormal, con desorientación por lo que respecta a ubicación, fecha, e inclusive hora del día. La memoria a corto plazo, la concentración, las destrezas visuoespaciales y el pensamiento abstracto con frecuencia están comprometidos. Estas personas a menudo son incapaces de seguir o ejecutar órdenes que consten de dos o tres pasos. La prueba para determinar el margen de atención es de particular utilidad en la valoración cuando se sospecha delirio.

Tomb y Christiansen sugieren una prueba que puede agregarse al examen cognoscitivo con el fin de confirmar el margen de atención del paciente. Se le pide que dé una palmada sobre la mesa (o sobre alguna otra superficie) cuando escuche la letra "c" (de hecho puede emplearse cualquier letra, palabra o número). A continuación el examinador dice "c" para verificar si el paciente comprendió, y luego procede a decir con lentitud las letras, primero en la secuencia del alfabeto y después sin seguir esta secuencia (p. ej., a...b...c... d...e...d...e...d...c...x...l...c). El paciente con delirio tendrá problemas para realizar la tarea debido a las deficiencias en la memoria a corto plazo. Además, una vez que aprende la tarea, quizá olvide dar la palmada sobre la mesa, o la dé de manera indiscriminada después de cualquier letra. El margen de atención puede ser tan malo que el paciente comience a prestar atención a las personas que pasen fuera de la puerta. Junto con otras pruebas, este método constituye una medición bastante objetiva del estado cognoscitivo del paciente.

> La Sra. Jacinta L, una mujer de 57 años, hospitalizada por neumonía, fue enviada a consulta psiquiátrica porque, según explicó el residente médico, "parecía que se le estaba aflojando un tornillo, estaba bastante loca, parecía un verdadero caso psiquiátrico". La Sra. L había ingresado varios días antes y se le había administrado oxígeno y antibióticos para controlar su afección médica. Carecía de antecedentes psiquiátricos previos, excepto por una breve consulta con un psiquiatra cuando estuvo hospitalizada para la extirpación quirúrgica de la vejiga, siete años antes. Ella no recordaba los detalles específicos de dicha consulta.
>
> Cuando se le examinó, la Sra. L experimentaba alucinaciones visuales de manera intermitente. El día anterior había observado "diminutos diablitos" corriendo en su habitación. Su respuesta fue ofrecerles un vaso con hielo "porque se veían muy calientes". También creía que habían asesinado al enfermo del cuarto vecino y que el personal encubría la verdad. Estaba convencida de haber escuchado el asesinato mientras se llevaba a cabo y también de que el personal del hospital y "otros dos hombres (que ella pensaba eran investigadores)" discutían el "encubrimiento" en el pasillo.
>
> A pesar de que el personal intentó calmarla, la Sra. L presentaba de manera alterna preocu-

pación, estado paranoico, y ansiedad extrema. El personal de enfermería observó que su estado mental fluctuaba mucho: en ocasiones parecía casi lúcida y otras veces, en particular cuando presentaba fiebre alta (de aproximadamente 39.5°C), se ponía paranoica, agitada y desorientada (p. ej., pensaba que estaba en la iglesia cuando se le hacían preguntas y decía de manera incorrecta el mes y el año). Los pensamientos de la Sra. L se desorganizaban en forma notable, y a menudo sus asociaciones eran pobres y su criterio y comprensión eran bastante bajos. Su ciclo de sueño y vigilia estaba altamente perturbado: tomaba siestas frecuentes a lo largo del día, y en ocasiones en medio de una entrevista; además, pasaba despierta gran parte de la noche.

La afección clínica de la Sra. L mejoró drásticamente la siguiente semana conforme su pulmonía fue controlada. Los lapsos periódicos del estado mental se presentaron con menor frecuencia y finalmente desaparecieron. Justo antes de ser dada de alta del hospital se dio cuenta de que sus alucinaciones e ilusiones habían sido resultado de su afección clínica. "Ya no recuerdo nada de eso con claridad", indicó. "Tuve bastantes ideas extrañas y supongo que también vi cosas que no estaban ahí."

**Diagnóstico**. Delirio derivado de neumonía (eje I); neumonía (eje III).

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El delirio es una afección que causa disfunción del SNC y se deriva de alguna causa médica. Siempre debe buscarse la o las causas del delirio para proporcionar el tratamiento correcto. El delirio suele manifestarse con alucinaciones, paranoia y otros síntomas que se observan en diversas afecciones psiquiátricas importantes, por lo cual también es necesario descartarlas. En el cuadro 3-1 se contrastan las principales características del delirio y la demencia contra las de la esquizofrenia y la depresión.

### 1. DETERMINACION DE LA CAUSA DEL DELIRIO

Si se sospecha que el paciente padece delirio se le debe someter a una evaluación médica completa incluyendo pruebas de laboratorio, para diagnosticar y dar tratamiento a las causas clínicas subyacentes del delirio.

El delirio puede presentarse con agitación y excitabilidad, de modo que es reconocido como un estado anormal por la mayoría de los observadores. Las personas con agitación y confusión pueden constituir un peligro para sí mismos o para otros. Muchos pacientes con delirio presentan una versión "callada" de tipo más sutil, la cual puede confundirse con depresión, o pasarse por alto en su totalidad.

Isabel D, una mujer de 70 años con cáncer del colon, ingresó al servicio médico porque "no mejoraba". Había quedado sumamente desnutrida y deshidratada en su hogar. El equipo médico consideró que la Sra. D estaba muy deprimida. Los miembros de su familia confirmaron que presentaba comportamiento introvertido, pero consideraron que su estado mental se había modificado bastante en las últimas semanas. Negaron que tuviera antecedentes de uso de alcohol.

En el examen se observó que la Sra. D estaba confinada en el lecho. Presentaba datos psicomotores notablemente lentos; su afecto estaba restringido y tenía muy pocos pensamientos espontáneos. Su criterio y su comprensión eran malos. Las pruebas cognoscitivas demostraron que estaba alerta y orientada con respecto al sitio, el mes y el año. Sin embargo, una enfermera del turno nocturno observó que la Sra. D experimentaba confusión sobre el sitio en que se encontraba. Se detectó que presentaba deficiencias de la memoria a corto plazo y problemas de concentración.

Aparentemente, la Sra. D tenía poca capacidad de construcción, como se hizo evidente en su dibujo de un reloj, el cual contenía errores. Dibujó el número "3" sobre la carátula varias veces antes de pasar a dibujar el "4" y repitió la frase "Si eso es lo que debe hacerse" en respuesta a diversas preguntas. De este modo, demostró **perseveración** (repetición incontrolable de una respuesta) tanto motora como verbal. También presentó notable **oftalmoplejía** (es decir, incapacidad para desplazar los ojos hacia la derecha o hacia la izquierda, y necesidad de girar toda la cabeza para mirar a otro punto).

El examen de laboratorio rae notable, pues los datos de la TC craneal y de la punción lumbar fueron normales y la reagina plasmática rápida (RPR) fue negativa, lo que permitió descartar sífilis. La Sra. D presentaba anemia, además de desequilibrio de electrólitos congruente con deshidratación. Las proteínas totales, un marcador del estado nutricional, tenían niveles notablemente bajos.

A pesar del estado de desnutrición de la Sra. D al ingresar, el equipo médico consideró que no era necesario prescribirle tiamina, porque no tenía antecedentes de uso del alcohol. Una semana después del ingreso de la Sra. D se le

**Cuadro 3-1. Diferencias entre delirio, demencia, depresión grave y esquizofrenia**

| | *Delirio* | *Demencia* | *Depresión grave y esquizofrenia* |
|---|---|---|---|
| **Antecedentes** | | | |
| Inicio | Rápido (en horas o días) | Insidioso (meses o años) | Variable (días o años) |
| Curso | Fluctúa a lo largo del día | Declinación gradual | Variable (fluctuante o que ocasiona declinación gradual) |
| **Examen del estado mental** | | | |
| Atención | Disminuida | Normal | Normal |
| Nivel de alerta | Disminuido | Normal | Normal |
| Orientación | Afectada | Normal, excepto las últimas variables | Normal |
| Ciclo de sueño-vigilia | Gravemente afectado | Variable | Variable |
| Alucinaciones[1] | A menudo visuales (en particular ilusiones) o táctiles | A menudo ausente en etapas tardías | A menudo auditivas |
| Perturbación del afecto, pensamiento y personalidad | Presentes | Presente | Afecto anormal en depresión<br>Procesos del pensamiento anormales en psicosis |
| Funcionamiento cognoscitivo (memoria. pensamiento abstracto, criterio, concentración) | Perturbado | Perturbado | A menudo normal o casi normal |
| **Examen de laboratorio** | | | |
| —EEG | Lentitud difusa | Variable | Normal |

[1] Cuando se detectan perturbaciones en las funciones cognoscitivas posteriores, alucinaciones visuales o ambas, al evaluar cualquier afección psiquiátrica (no solamente la demencia), es necesario investigar en forma activa la o las causas médicas subyacentes.

comenzaron a administrar 100 mg de tiamina por tres días. Su oftalmoplejía y su disfunción cognoscitiva desaparecieron en los siguientes días y se le observó más alerta, vivaz y consciente de su situación.

**Diagnóstico.** Delirio secundario a deficiencia de tiamina (eje I); cáncer del colon, desnutrición, anemia, deficiencia de tiamina (eje III).

**Discusión.** Aunque muchos clínicos relacionan la deficiencia de tiamina con el uso de alcohol, también puede ser resultado de desnutrición. Aunque resulte irónico, la hospitalización y los cuidados médicos pueden precipitar una deficiencia crítica de tiamina.

Por ejemplo, cuando un paciente ingresa al medio hospitalario en estado de desnutrición con niveles sumamente bajos de tiamina en el organismo, suele recibir líquidos intravenosos con glucosa y es alimentado en forma activa por el personal al cuidado de la salud. Aparentemente, este tratamiento debería mejorar su estado nutricional, pero la tiamina es un cofactor necesario para el metabolismo de los alimentos, de modo que sus reservas de tiamina son utilizadas a medida que su cuerpo comienza a recibir más nutrientes y azúcar. En el cerebro se producen disfunciones del SNC, conforme los niveles de tiamina descienden hasta cerca de cero. El paciente desarrolla cambios de personalidad, después confusión, desorientación, niveles variables del estado de alerta con letargo o agitación, alucinaciones y otros síntomas de delirio.

También se presenta oftalmoplejía, perturbaciones de la marcha y puede llegar a producirse la muerte conforme la afección progresa. Esta etapa aguda de deficiencia de tiamina se conoce como **encefalopatía de Wernicke.** Aunque algunas personas se recuperan en su totalidad, otras presentan disfunción cerebral permanente. Este tipo de demencia se denomina **síndrome de Korsakoff** y se caracteriza por afectación de la memoria a corto plazo y confabulación, aceptación inconsciente de hechos fabricados.

Se sabe que la encefalopatía de Wernicke y el síndrome de Korsakoff son prevenibles con suplementos de tiamina, ya sea por vía oral o

intravenosa. Como en otros casos de demencia y delirio, es fundamental prescribir un tratamiento oportuno para evitar disfunciones cognoscitivas permanentes o la muerte.

### 2. EXCLUSION DE OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Los síntomas psicóticos, como alucinaciones, paranoia y pensamiento desorganizado, también se presentan en casos de delirio y en estados psicóticos, como la esquizofrenia. El paciente psicótico presenta un nivel normal de conciencia y está alerta y orientado, con signos vitales normales y disfunción cognoscitiva mínima, en contraste con las personas que presentan delirio. Quienes padecen demencia o trastornos como esquizofrenia y depresión, tienen un margen de atención normal, en contraste con los casos de delirio. Cuando se sospecha algún trastorno psiquiátrico, el electroencefalograma (EEG) puede ser útil. El delirio suele producir una lentitud difusa característica en todos los electrodos en los trazos del EEG y, por otra parte, este análisis arroja datos normales o casi normales en otras afecciones.

## CURSO DEL DELIRIO

El delirio se presenta con una etapa **prodrómica** (temprana) de varias horas o días de irritabilidad o cambios de la personalidad. En ocasiones esta etapa precede a las manifestaciones clínicas del problema médico subyacente. Cualquier cambio de la personalidad o signos leves de delirio, indican la necesidad de investigar problemas médicos ocultos. Por ejemplo, el paciente con SIDA que de repente adopta actitud ensimismada y se muestra irritable, agitado, deprimido o confuso, debe ser examinado con cuidado para detectar alguna infección oportunista, como neumonía por *Pneumocystis carinii.*

En la figura 3-1 se ilustran los diversos resultados del delirio, e inclusive en casos sin tratamiento el delirio desaparece espontáneamente cuando se resuelve la afección médica subyacente. En otros casos el delirio persiste, aumentando y disminuyendo por varias semanas, y en ocasiones poco frecuentes, se hace crónico. El delirio es frecuente en pacientes de edad avanzada, en quienes padecen SIDA, presentan lesiones cerebrales persistentes, o tienen antecedentes de traumatismos en la cabeza. El delirio también conlleva un riesgo bastante superior de morbilidad y de mortalidad. Este riesgo es particularmente elevado en pacientes de edad avanzada y -personas que padecen enfermedades crónicas, como cáncer o SIDA.

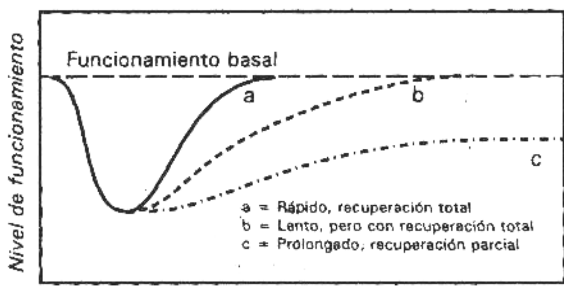



Fig. 3-1. Posible curso y resultado del delirio. El delirio usualmente desaparece, ya sea de manera espontánea o en pocos días o semanas **(línea a).** Las personas de edad avanzada o aquellas con pérdidas cognoscitivas por demencia o HIV, tienen periodos de recuperación más prolongados, de varias semanas **(línea b)** y quizá no recuperen su funcionamiento basal y presenten deficiencias cognoscitivas más amplias **(línea c).**

## TRATAMIENTO DEL DELIRIO

Los principios fundamentales para tratar el delirio incluyen: a) un diagnóstico preciso y tratamiento de las causas médicas subyacentes, b) proporcionar un entorno seguro al paciente, y c) darle tratamiento con medicamentos antipsicóticos (neurolépticos) o benzodiacepinas en caso de delirio producido por supresión alcohólica si es adecuado. Las personas delirantes a menudo se benefician por la presencia de miembros de su familia o del personal médico en la habitación durante el día o por la noche, o bien se les puede ayudar a orientarse con ciertas ayudas, como colocando un pizarrón en la habitación con objeto de escribir la fecha y el nombre del hospital. En ocasiones, los pacientes delirantes requieren restricciones para evitar que escapen, que se retiren la venoclisis, que adquieran actitud agresiva, o que se pongan en peligro a sí mismos.

Si los síntomas del enfermo son particularmente graves se emplean antipsicóticos; por ejemplo, si está paranoico o presenta agitación. Al emplear antipsicóticos, se prefieren las dosis bajas, pues debido al delirio y a los problemas médicos subyacentes, quizá el paciente no tolere las dosis estándar y experimente más efectos secundarios. Los neurolépticos de alta potencia producen menos efectos secundarios anticolinérgicos que empeoran el delirio. Cuando este último es consecuencia de supresión alcohólica, el tratamiento de elección es con benzodiacepinas como diacepam o clordiacepóxido.

Jaime R, de 46 arios, fue llevado a la sala de urgencias por paramédicos que lo rescataron

tras un accidente automovilístico. Ingresó a los servicios quirúrgicos para someterse a reparación de un fémur roto. La esposa del Sr. R negó que tuviera antecedentes de uso de alcohol, pero reconoció que "había estado bastante deprimido y molesto en los últimos días".

En su sexto día en el hospital, el Sr. R se observaba más alerta pero presentaba agitación, gritaba a las enfermeras que "deseaba salir libre bajo fianza", e intentó retirarse la venoclisis que tenía en el brazo. Pensaba que la cortina de la habitación era una pared de fuego y se quejaba que sentía insectos corriendo sobre su pecho y piernas. Su pulso y su presión arterial estaban „ notablemente elevados, su temperatura era superior á lo normal, y además presentaba diaforesis (sudación). Se le colocaron restricciones y se le administraron neurolépticos por vía intravenosa, pero aunque se aturdió un poco, sus síntomas no mejoraron.

Un miembro del equipo médico entrevistó a varios de sus amigos que vinieron a visitarlo y se enteró de que tenía antecedentes importantes de uso de alcohol que él y su esposa intentaban ocultar de otros. Estas personas agregaron que el Sr. R quizá estaba intoxicado cuando se produjo el accidente. Con esta información, el equipo quirúrgico descontinuó los neurolépticos e inició el tratamiento con benzodiacepinas. El estado mental del Sr. R mejoró al día siguiente y sus alucinaciones y paranoia desaparecieron. Se observaba alerta y orientado, y estuvo dispuesto a someterse a rehabilitación por uso de alcohol tras el alta.

**Diagnóstico.** Delirio debido a supresión alcohólica, dependencia del alcohol (eje I); fractura del fémur (eje III).

La dependencia y la supresión alcohólica son diagnósticos que con frecuencia se pasan por alto, y el médico debe estar alerta al respecto. Los signos incluyen alucinaciones visuales o táctiles, perturbaciones del nivel de conciencia, y desorientación. Los signos físicos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como sudación y aumento del pulso o de la presión arterial, a menudo son notorios. Un signo temprano de supresión alcohólica es la sensación subjetiva de la necesidad de salir del hospital. El delirio por supresión alcohólica se presenta de dos a diez días tras detener o reducir el consumo de alcohol.

La anestesia general que se emplea en las intervenciones quirúrgicas suele retrasar el inicio de la supresión alcohólica. La administración adicional de antipsicóticos para supresión alcohólica no sólo es innecesaria, sino también peligrosa, ya que los antipsicóticos reducen el umbral convulsivo en todos los pacientes. (También dificultan la detección del **síndrome neuroléptico maligno** [una complicación de los neurolépticos] en enfermos que ya presentan fiebre). Estos riesgos adicionales resultan inaceptables para quien experimenta supresión alcohólica y por lo tanto corre el riesgo de convulsiones. Además, agregar antipsicóticos ofrece beneficios limitados: cuando se administran en dosis suficientes para la supresión alcohólica, las benzodiacepinas alivian en su totalidad los síntomas de delirio y suprimen los síntomas de tipo psicótico, como alucinaciones o paranoia. Si las pruebas de funcionamiento hepático del individuo son normales, es posible emplear diacepam o clordiacepóxido. Si el sujeto padece hepatitis alcohólica a consecuencia del uso del alcohol, el loracepam (Ativan) es mejor metabolizado y tiene menos riesgos de acumulación tóxica.

## ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL DELIRIO

El delirio puede resultar aterrador para los pacientes y para los miembros de su familia. Es preciso instruir a las familias y a los amigos de los pacientes delirantes con respecto a este trastorno antes de la visita. Tras recuperarse del delirio, el paciente suele recordar tan sólo parte de sus experiencias, del mismo modo que una persona recuerda una pesadilla al despertar por la mañana. La recuperación del delirio quizá incluya la recuperación de la autoestima y de la confianza. El médico puede facilitar la curación, escuchando los temores del paciente y los miembros de su familia, resolviendo sus dudas, educándolos sobre la naturaleza del delirio y asegurando al paciente que no padece una enfermedad psiquiátrica a largo plazo.

Patricia J, una artista gráfica de 29 años, tenía una madre y una hermana que padecían esquizofrenia. La hermana experimentó su primer episodio psicótico cuando ella y la paciente tenían menos de 25 años. La Srita. J se había sometido a terapia por dos años, en parte por sus temores de que ella también estuviera predestinada a desarrollar esquizofrenia. Había leído muchos libros y artículos y revisado los datos obtenidos en investigaciones en diversas bibliotecas médicas y en internet.

Un catarro fuerte ocasionó que la Srita. J tomara una combinación de remedios para el catarro que se adquieren sin receta y todos ellos contenían agentes anticolinérgicos fuertes. Posteriormente, esa noche presentó delirio leve, experimentó alucinaciones visuales de personas extrañas que la observaban a través de la ventana de su recámara, comenzó a gritar y hasta despertó a sus vecinos, quienes llamaron a la policía.

La Srita. J se mostraba sumamente asustada, paranoica y agitada cuando la policía llegó, y debido a estos aspectos psiquiátricos ellos decidieron retenerla por tres días, por lo cual la llevaron a la sala de urgencias psiquiátricas. Se le administró una sola dosis de diacepam y durmió durante 10 horas. A la mañana siguiente su delirio había desaparecido y ya no presentaba alucinaciones ni estaba paranoica. Sin embargo, estaba convencida de que los médicos habían determinado de manera incorrecta que sus síntomas eran derivados de los medicamentos contra la gripe.

La Srita. J consideraba que los medicamentos eran un factor no relacionado, o que sólo habían "desencadenado" su esquizofrenia en etapa temprana, y pensaba que su peor temor se había materializado y ella realmente padecía esquizofrenia. Fueron necesarios varios meses de terapia continua para que su ansiedad disminuyera y para que se convenciera de que no era probable de que hubiera experimentado un primer ataque de psicosis.

## DEMENCIA

La demencia tiene diversas causas y generalmente se desarrolla en forma gradual en el transcurso de meses o años, aunque en ocasiones tiene un inicio más agudo. El siguiente caso es típico de la **demencia de Alzheimer**, que es la enfermedad más común de este tipo.

Felipe B, un hombre de 67 años, fue llevado a la clínica familiar por su esposa, quien mencionó que había observado un cambio en el comportamiento de su marido en los últimos seis meses. Ella indicó que su marido, que era ingeniero, olvidaba las cosas cada vez con más frecuencia. Por ejemplo, citó que el día anterior, cuando le pidió que comprara leche, huevos y otros artículos, él había regresado dos horas después sin recordar el encargo de su esposa. En vez de ello llegó con un rastrillo para el jardín y ocho bolsas de plástico para recoger las hojas. Cuando ella le preguntó iracunda por qué deseaba recoger hojas en abril, el Sr. B se sorprendió y le contestó que era bueno estar preparado de antemano.

Además de este episodio, la Sra. B mencionó otros lapsos de memoria de su marido en los meses anteriores: necesitaba leer en forma repetida los números telefónicos de sus amigos para olvidarlos pocos minutos después; dejaba papeles de trabajo importantes en el hogar; colocaba notas para sí mismo por toda la casa, inclusive en el ropero donde guardaba su ropa, para recordar proyectos que evidentemente debía haber realizado hacia mucho. Al mismo tiempo olvidaba acontecimientos importantes de tipo familiar, como su aniversario, el cumpleaños de su hijo, y el bautizo de su nueva nieta. Aunque ella no consideraba que su marido estuviera deprimido, sí había detectado que se encontraba más irritable y además "distraído, y sin interés en mí o en alguna otra cosa".

Cierto día la Sra. B recibió una llamada de un amigo de su esposo en el trabajo quien le preguntó si el Sr. B tenía algún problema en el hogar. Después procedió a informarle que el Sr. B había sido degradado el mes pasado porque no había terminado ciertas asignaciones de importancia. Estas noticias indujeron a la Sra. B a llevar a su esposo a la clínica. El Sr. B parecía más divertido que incómodo mientras su esposa relataba de manera resumida sus problemas recientes, e insistió en que se sentía "bien". Su esposa dijo que el Sr. B casi nunca bebía y tampoco tomaba medicamentos sin receta. Los exámenes neurológico y físico fueron totalmente normales, con excepción de que el Sr. B creía que la fecha del día era la correspondiente a dos días antes.

Las pruebas cognoscitivas demostraron que el Sr. B presentaba dificultades de concentración, de memoria a corto plazo y para copiar dibujos. Tenía problemas para decir el nombre de objetos comunes y comprendía mal sus dificultades. El residente de medicina le ordenó una serie de pruebas, incluyendo un ECG; nivel de hormona estimulante de la tiroides; RPR; niveles de vitamina B12, y pruebas sanguíneas rutinarias, como nivel de electrólitos, toxicología y biometría hemática. Todos los resultados fueron normales.

Otras pruebas neuropsicológicas indicaron deficiencia global en la memoria inmediata y de largo plazo, en la capacidad visuoespacial, y nivel normal de capacidad verbal. Estas observaciones eran congruentes con una declinación notable: la inteligencia verbal se practica por tanto tiempo que sirve de guía para medir la inteligencia y constituye un buen indicador del funcionamiento cognoscitivo basal. La punción lumbar demostró que el líquido cefalorraquídeo era normal. La resonancia magnética del cerebro del Sr. B no indicó deficiencias focales, como ataques de apoplejía o rumores, pero sí reveló atrofia generalizada notable. La presentación clínica del Sr. B, su examen cognosciti-

vo, el gammagrama de la cabeza y las observaciones negativas del laboratorio condujeron a su médico al diagnóstico de probable demencia de Alzheimer.

En los cuatro años siguientes, las funciones cognoscitivas del Sr. B y su comportamiento continuaron declinando. Fue despedido del empleo cuando su desempeño declinó. Su memoria empeoró y su esposa tenía que recordarle continuamente a sus nietos, pues en esa época ya tenía tres. Tanto su esposa como el médico de cuidados primarios insistieron en que el Sr. B dejara de manejar, pues en cierta ocasión se perdió mientras manejaba hacia la casa desde otro punto de la ciudad y posteriormente condujo en sentido contrario en una calle de un solo sentido. Su esposa tenía que sacarle la ropa que usaría el próximo día porque de lo contrario se vestía con prendas que no combinaban y, además, no podía vestirse sin ayuda de ella. En cierta ocasión se puso los pantalones al revés y en otra ocasión su esposa lo encontró luchando por ponerse los pantalones, pero sin quitarse los zapatos.

Su comportamiento también se hizo más anormal. Por la noche experimentaba más confusión y en ocasiones se ponía agresivo cuando su esposa intentaba modificar sus actividades. La acusaba de robar sus cosas cuando ella reordenaba el mobiliario de la sala. Fue arrestado por la policía por detenerse a orinar en una esquina y él no comprendía por qué las demás personas se sentían incómodas. Una noche su esposa se despertó y observó que toda la casa estaba llena de humo; el Sr. B había intentado freír un huevo, con todo y cascara, y después había olvidado la sartén en el fuego. La Sra. B se encontraba agotada. Tenía dos empleos para tratar de cubrir sus gastos y no había logrado encontrar ninguna persona que pudiera hacerse cargo de manera confiable de su esposo.

Con mucha culpa, pero con el apoyo de su familia y de su médico familiar, la Sra. B decidió ingresar a su esposo en un hogar para ancianos. La estancia en esa institución dejó al Sr. B cada vez más desorientado y paranoico. Se le comenzó a dar tratamiento con una dosis baja de antipsicóticos de alta potencia, lo cual ayudó a calmarlo. En el último año de su vida dejó de reconocer a sus hijos y a su esposa. Esta última dio con resistencia su consentimiento para no reanimar al Sr. B y éste sucumbió por neumonía ocho años después de iniciada su enfermedad. Los estudios neuropatológicos efectuados en la autopsia revelaron cambios congruentes con demencia de Alzheimer.

**Diagnóstico.** Demencia de Alzheimer (eje I).

**Discusión.** El inicio de la demencia de Alzheimer es sumamente gradual y sutil, y en ocasiones los miembros de la familia no detectan los síntomas iniciales. Las investigaciones estándar no suelen revelar datos y no se cuenta con una prueba definitiva para diagnosticar la enfermedad. La demencia de Alzheimer sigue siendo un diagnóstico de exclusión que se confirma en la autopsia.

La demencia produce problemas específicos en la memoria. El cerebro que funciona normalmente presenta diversos tipos de memoria: la memoria inmediata actúa como un "cuadernillo" cerebral y tiene una capacidad de almacenamiento limitada de varios minutos, la cual es desplazada con rapidez por el nuevo material. Por ejemplo, quizá la persona observe que no es capaz de retener un número telefónico cuando lo lee en el directorio, y que lo olvida, a menos que lo repita una y otra vez. La memoria retrasada (a corto plazo) dura más y abarca información que se almacena varias horas o, cuando mucho, por varios días. Por ejemplo, es probable que usted recuerde lo que cenó el día anterior, pero es poco probable que pueda recordar lo que cenó hace un mes. La memoria a largo plazo contiene información que se ha aprendido bien y se ha practicado, por ejemplo, el cumpleaños propio, la dirección donde vivía en su niñez, la escuela a la cual asistió, el nombre y orden de los presidentes de su país a lo largo de su vida. Se cree que esta información se encuentra almacenada en un patrón electroquímico de tipo más fijo a través de las conexiones neuronales del cerebro, el cual es coordinado por el hipocampo y los lóbulos temporales.

El envejecimiento en sí suele originar una pérdida neuronal leve y dificultades leves de concentración, atención y recuperación de datos memorizados. Sin embargo, otras funciones corticales superiores como la capacidad verbal, el criterio, el comportamiento y la memoria a largo plazo permanecen intactas. Por lo tanto, la noción estereotipada del paciente senil de edad avanzada se debe más a los prejuicios de las personas jóvenes que a los hechos científicos.

Los procesos de demencia en general afectan la memoria a corto plazo; inicialmente, la memoria a largo plazo permanece intacta. La pérdida de la memoria se observa como dificultad para aprender nueva información (memoria **anterógrada** o hacia adelante). La **amnesia retrógrada** se refiere a la pérdida de la memoria reciente, conforme el paciente olvida gradualmente recuerdos adquiridos con anterioridad. Los recuerdos más cercanos al presente son los más afectados pero, conforme la demencia empeora, se pierde más memoria remota. Por ejemplo, quienes padecen demencia olvidan gradualmente el nombre y la exis-

tencia de los nuevos nietos, o el resultado de las elecciones recientes. Conforme la enfermedad progresa, la pérdida de la memoria se extiende hacia el pasado, borrando poco a poco más información de los últimos años. También es posible que se produzcan trastornos amnésicos que afectan la memoria a corto plazo sin alterar otras capacidades cognoscitivas (véase cap. 10).

Las formas más frecuentes de demencia afectan el funcionamiento cognoscitivo posterior del cerebro. Algunos clínicos establecen una diferencia entre la demencia cortical y la subcortical. La **demencia cortical** se caracteriza por dificultades del habla y de las capacidades visuoespaciales. Las **demencias subcorticales** hacen que el habla, los pensamientos y los movimientos se hagan más lentos, con apatía acentuada o cambios del estado de ánimo. No obstante, esta diferenciación es controversial ya que se observan muchas excepciones, incongruencias y empalmes dentro de este sistema de clasificación.

Otro patrón importante de las enfermedades de demencia es el **síndrome del lóbulo frontal.** La disfunción de los lóbulos frontales produce notable desinhibición y cambios marcados de personalidad que se hacen evidentes por apatía y falta de motivación, pero respeta los centros del lenguaje ubicados más allá de los lóbulos frontales. La **enfermedad de Pick** ocasiona demencia progresiva análoga a la de Alzheimer en los lóbulos frontales.

Los patrones de memoria a corto plazo también difieren entre las distintas formas de demencia. Los enfermos con demencias corticales tienen dificultad para aprender (es decir, para almacenar) nueva información, y tienen problemas para recordar cuatro cosas de manera inmediata. A menudo no es de ayuda recordarles las categorías o leerles listas cada cinco minutos; además, tienden a inventar respuestas. En contraste, las personas con demencia subcortical se desempeñan bastante bien con los recuerdos inmediatos. Transcurridos cinco minutos se hacen evidentes problemas de memoria, pero a menudo logran recordar con ayuda. Por lo tanto, las dificultades de la disfunción de memoria en la demencia subcortical se observan principalmente por lo que respecta a la recuperación de información almacenada en la memoria.

Toribio K, un hombre de 64 años; ingresó a la sala de urgencias médicas tras haber recibido un golpe en la cara. Al parecer, había pedido al individuo delante de él en la fila de la ventanilla de correos que se bajara los pantalones porque deseaba-ver qué tipo de ropa interior usaba. En el hospital, el Sr. K mantuvo una actitud jocosa e hizo bromas frecuentes con referencias sexuales. También intentó acariciar a los miembros del personal en diversas ocasiones. La familia del Sr. K reportó un cambio significativo de su personalidad en el último año. Las pruebas de laboratorio para los diversos tipos de demencia fueron negativas, pero la resonancia magnética reveló un deterioro bilateral de los lóbulos frontales, congruente con enfermedad de Pick.

**Diagnóstico.** Demencia, probablemente a consecuencia de enfermedad de Pick (eje I).

Los daños en las áreas prefrontales (p. ej., por traumatismos, hemorragias del SNC, o tumores) dan lugar a un cuadro clínico interesante. En general, se preservan las funciones cognoscitivas superiores y el paciente se desempeña bien en las pruebas de memoria a corto plazo y concentración. Lo que se pierde es algo considerablemente más sutil, pero importante, para la capacidad de funcionar del individuo. Las áreas prefrontales corresponden a las funciones ejecutivas que permiten anticipar y planear sucesos futuros y hacen posible la integración de las emociones con la cognición, lo cual permite a los individuos tomar decisiones basándose en lo que consideran más conveniente. Las personas que presentan daño prefrontal en el cerebro a menudo tienen capacidad intelectual normal, pero funcionan mal en la sociedad.

## INCIDENCIA

Hasta 10 millones de personas en Estados Unidos presentan algún tipo de demencia y cuatro millones tiene demencia grave. Se observa demencia en 60% de los internos en hogares para ancianos. Se espera que el número de personas Con demencia se duplique en los próximos 25 años, conforme la población de Estados Unidos quede constituida progresivamente por personas de edad mayor debido al aumento de la expectativa de vida y a que envejezca el gran número de personas nacidas de 1945 a 1965.

## CAUSAS

La demencia tiene muchas causas posibles (cuadro 3-2). La demencia de Alzheimer, que es la más frecuente, constituye aproximadamente 60% de todos los casos de demencia. Su causa es desconocida. Las características comunes de la enfermedad incluyen disminución de la actividad neuronal colinérgica, macizos anormales de proteína-neurofibrilar y placas "seniles" formadas de amiloide (una proteína).

Las afecciones vasculares producen alrededor de 10% de todos los casos de demencia. El ejemplo más común es la **demencia por infartos múltiples** (DIM), en la cual la enfermedad arteriosclerótica lleva a la muerte del tejido en diversas áreas pequeñas, o infartos en todo el cerebro. También producen demencia con características mixtas, los infartos múltiples y la enfer-

**Cuadro 3-2. Causas de demencia**[1]

| *Trastorno psiquiátrico* | *Porcentaje de casos de demencia causados por este trastorno* |
|---|---|
| Enfermedad de Alzheimer | 55% |
| Demencia vascular (por infartos múltiples) y demencia mixta de tipo vascular con Alzheimer | 15% |
| Alcohol (usualmente por deficiencias de tiamina) | 5% |
| Tumores cerebrales, mal de Parkinson, HIV, corea de Huntington, traumatismos y otras causas poco frecuentes | 10% |
| **Causas potencialmente reversibles (detectadas en etapa temprana y con tratamiento)** | |
| Depresión (con larga disfunción cognoscitiva) (reversible) | < 10% |
| Inducida por fármacos, metabólica (anormalidades de electrólitos, hipotiroidismo u otros estados de endocrinopatía), infecciones o meningitis, hematoma subdural, o hidrocefalia con presión normal | < 10% |

[1]0bserve que la etiología en los distintos medios clínicos es variable.

medad de Alzheimer (como indican los antecedentes y los gammagramas cerebrales), lo cual da lugar a otro 10% de casos de demencia.

El 20% restante de los casos de demencia es resultado de diversas condiciones, incluyendo uso de alcohol, SIDA, traumatismos en la cabeza y otros trastornos. Los medicamentos también originan un comportamiento cognoscitivo más lento, como se observa en particular en las personas de edad avanzada.

La demencia vinculada con SIDA probablemente sea resultado de los efectos citotóxicos directos del HIV sobre el SNC, y suele iniciarse cuando los recuentos de CD4 (que se correlacionan con progresión de la enfermedad por HIV) disminuyen a menos de 100 y puede ir acompañada por síntomas de depresión como ensimismamiento social, falta de interés en las actividades usuales, disminución de la energía, y retraso psicomotor. Los agentes antirretrovirales en ocasiones ayudan a hacer más lento el progreso de la demencia, al reducir la carga viral en el organismo.

En personas de más de 65 años, las causas más comunes de demencia son Alzheimer, demencia: por infartos múltiples, demencia mixta por DIM-Alzheimer y demencia relacionada con el alcohol. En individuos más jóvenes, las causas más comunes son demencia vinculada con HIV y traumatismos en la cabeza.

## VALORACION DIAGNOSTICA

### 1. SIGNOS Y SINTOMAS

Las principales características clínicas de la demencia incluyen pérdida de la memoria a corto plazo combinada con disfunción cognoscitiva, pérdida del pensamiento abstracto, cambios de comportamiento o de la personalidad y alteración del criterio.

### 2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental es vital para el diagnóstico de la demencia. A continuación se describen las principales observaciones.

**A. Apariencia, comportamiento y lenguaje.** Quienes padecen demencia en ocasiones presentan signos de funcionamiento psicomotor más lento. También se observa notable perseveración del habla o manerismos.

**B. Emociones.** Se observa afecto restringido, lábil e inadecuado en ciertos momentos.

**C. Procesos de pensamiento y contenido.** Los procesos de pensamiento quizá estén desorganizados, o se observa una notable escasez de ideas espontáneas.

**D. Criterio, comprensión y control de impulsos.** Es probable que el criterio, la comprensión, y el control de impulsos disminuyan conforme la demencia progresa. El criterio (capacidad para anticipar dificultades y elegir una manera razonable de actuar), a menudo se ve gravemente disminuido en quienes padecen demencia. La comprensión también se afecta progresivamente. En las primeras etapas de la demencia, quizá las personas estén conscientes de que su memoria comienza a fallarles o de que su comportamiento y personalidad se han modificado. No obstante, conforme la enfermedad progresa, pierden la capacidad para detectar estas diferencias y reflexionar sobre ellas (una característica del funcionamiento cortical superior) y niegan que padecen problemas de algún tipo, inclusive cuando presentan dificultades cognoscitivas declaradas. Además, el mecanismo de defensa de la negación puede impedir que los pacientes adquieran conciencia de su enfermedad. En casos

avanzados de demencia, también se pierde el control de los impulsos.

## 3. EXAMEN COGNOSCITIVO

El examen cognoscitivo es de importancia primordial para el diagnóstico de la demencia. En las primeras etapas de la enfermedad el paciente suele estar orientado hacia personas, sitios y fechas. Aunque la orientación hacia las personas casi nunca falla (esta información se encuentra firmemente enraizada en la memoria a largo plazo como para que se olvide, excepto en casos terminales), el paciente puede presentar dificultad creciente para identificar la fecha, conforme su enfermedad progresa y a menudo cree que vive en el año anterior al actual. En las etapas intermedias o tardías de la demencia se observa desorientación con respecto al sitio conforme se pierden poco a poco las funciones cognoscitivas superiores. En general, el nivel de conciencia no se afecta y los ciclos de sueño y vigilia no se alteran sino hasta las últimas etapas de la enfermedad. La pérdida de la memoria a largo plazo es particularmente notoria cuando se pregunta al paciente el nombre del presidente actual de su país y a continuación se le pide que mencione a los presidentes anteriores en orden cronológico inverso.

Todas las preguntas del examen cognoscitivo deben interpretarse teniendo en cuenta los antecedentes culturales y educativos del sujeto. Por ejemplo, una persona que haya emigrado recientemente de algún pueblo rural en el sureste de un país quizá desconozca la organización del gobierno de otra nación y no esté al tanto de quién es el presidente actual.

Quienes padecen demencia a menudo presentan problemas en las pruebas cognoscitivas, se tardan más de lo esperado y no obstante dicen que no experimentan ninguna dificultad. También recurran a la confabulación (inventan respuestas y creen que son ciertas). En contraste, es probable que los pacientes deprimidos se alteren porque están conscientes de si) desempeño y pregunten con ansiedad, "¿Cree usted que padezco el mal de Alzheimer?" La calificación de las respuestas también depende de los antecedentes educativos y de la inteligencia. Se debe efectuar la valoración dentro del contexto de la capacidad conocida. Por ejemplo, cierto paciente con SIDA tenía leves problemas para dibujar un reloj, pero al tener en cuenta sus antecedentes de arquitectura, se llegó a la conclusión de que sus resultados en esta prueba eran notablemente anormales. Quienes padecen demencia también pierden la capacidad para entender conceptos abstractos conforme su enfermedad progresa. El pensamiento "concreto" se examina pidiendo, al paciente que compare distintos artículos de una misma categoría. Al preguntarle "una silla y una mesa son dos tipos de muebles; ¿en qué se parecen una manzana y una naranja?", quizá responda “no me gustan las naranjas”. De manera similar, la interpretación de proverbios, aunque evidentemente depende de los antecedentes culturales, suele producir respuestas literales: al solicitar una explicación del proverbio, "Las personas que viven en casas de vidrio no deben lanzar piedras", los pacientes con demencia quizá respondan "Es posible romper el vidrio de manera accidental"; y si se les pregunta el significado de "No llores por la leche derramada" quizá respondan, "Es necesario limpiarla". También es preciso investigar las deficiencias de habla y lenguaje, pidiendo al paciente que repita una oración después del examinador, o que diga el nombre de objetos comunes.

### Prueba de la pérdida de la memoria

La perturbación de la memoria a corto plazo es una característica clara de la demencia, como se mencionó con anterioridad. En una prueba estándar se da al paciente una lista de cuatro artículos de una sola palabra, por ejemplo, "reloj, pluma, zapato, avión" y se le, pide que repita dicha lista. El clínico observa si recuerda la lista sin dificultad. En caso de que necesite escuchar una o más veces la lista para recordarla perfectamente (lo cual es común en demencias del tipo de Alzheimer), se considera que el resultado de la prueba es anormal. También se indica al paciente que se le preguntará dicha lista cinco minutos después. Transcurrido ese tiempo, se le da un minuto aproximadamente para que recuerde todos los artículos posibles sin ayuda y se le dice qué respuestas son correctas, ya que muchos de los que padecen demencia recurren a la confabulación, mencionando artículos incorrectos y en ocasiones con una apariencia feliz y de tal seguridad que puede hacer dudar al examinador.

En caso de que el individuo no recuerde los artículos de manera espontánea, se le ayuda mencionando las **categorías correspondientes** (p. ej., "el primero es una cosa que se emplea para saber la hora"). Si la persona no recuerda el artículo o da una respuesta incorrecta, se le lee una **lista** de artículos (p. ej., "¿Era un reloj, despertador o calendario?).

### Prueba de la capacidad de concentración

La concentración se valora pidiendo al paciente que realice una tarea determinada, por ejemplo, la "serie de sietes". En esta prueba el examinador indica al entrevistado "reste siete de 100, y continúe restando siete del resultado". Si el paciente tiene dificultad para realizar operaciones matemáticas, otra alternativa sería emplear una serie de tres (comenzando por 20). También se le puede asignar una tarea no numérica por ejemplo, "diga los nombres de los meses del año de atrás hacia adelante" o "por favor deletree la palabra 'mundo' al revés".

### Prueba de memoria y habilidad visuoespacial

Otras pruebas exploran la memoria visuoespacial ("observe este dibujo por 30 segundos y después dibuje lo que recuerde") o la capacidad visuoespacial ("copie esta figura", o "dibuje un reloj con todos los números y dibuje las manecillas de modo que indiquen las dos y cuarto").

Las pruebas cognoscitivas se interpretan como un patrón, más bien que como pruebas individuales de tipo positivo o negativo. Además, dichas pruebas establecen los niveles de funcionamiento neuropsicológico, pero a menudo no indican deficiencias neuroanatómicas específicas. En ocasiones, una disfunción única se correlaciona con determinada ubicación anatómica.

> Alfredo C, un hombre diestro de 40 años que padecía SIDA, presentaba comportamiento psicomotor más lento y dificultades visuoespaciales, como se hizo evidente por su dificultad para dibujar un reloj. La capacidad visuoespacial de los individuos diestros suele estar ubicada en el área parietal frontal del hemisferio no dominante, por lo cual el consultor psiquiátrico no se sorprendió cuando la resonancia magnética de la cabeza del Sr. C demostró una lesión con aumento de contraste de varios centímetros de diámetro en esa zona del lado derecho del cerebro. La punción lumbar subsecuente reveló toxoplasmosis, la cual respondió gradualmente al tratamiento.

Las observaciones anormales en el examen cognoscitivo combinadas con los antecedentes del paciente indican de manera razonable la necesidad de realizar estudios más amplios.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### 1. DETERMINACION DEL TIPO DE DEMENCIA

La demencia es causada por diversas afecciones médicas, con mayor frecuencia la demencia de Alzheimer, o demencia por infartos múltiples. La lista de causas se empalma con las causas del delirio y otros trastornos mentales orgánicos. En los hospitales urbanos, las cuatro causas más comunes de demencia incluyen demencia de Alzheimer, demencia relacionada con el alcohol (síndrome de Wernicke-Korsakoff), demencia por infartos múltiples y demencia secundaria a SIDA (ya sea directamente producida por el virus HIV, o por complicaciones como toxoplasmosis, leucoencefalopatía multifocal progresiva, o linfoma del SNC). Otras causas de demencia incluyen:

- enfermedades infecciosas: HIV, meningitis viral o bacteriana, sífilis, enfermedad de Lyme;
- trastornos del SNC: hidrocefalia con presión nor mal (caracterizada por la tríada clásica de marcha "magnética", incontinencia urinaria y demencia); hematoma subdural;
- trastornos sistémicos: lesiones del SNC por lupus eritematoso sistémico o esclerosis múltiple;
- otras afecciones: traumatismos; tumores cerebrales; corea de Huntington; enfermedad de Pick; enfermedad de Creutzfeldt-Jakob; síndromes de deficiencias vitamínicas, o toxinas, en particular exposición prolongada a plomo, mercurio y otros compuestos riesgosos.

> Una psiquiatra daba asesoría una vez por semana en una clínica médica de consulta externa, y se le asignó una residente de medicina para observación y consulta semanal. En cierta ocasión la residente bajo observación dijo a la psiquiatra, "Me da gusto que esté aquí porque la paciente que sigue se comporta de manera muy extraña", y a continuación procedió a describir a la paciente, Jacinta H, como una mujer "muy dulce" de 55 años a quien examinaba cada cuatro meses para revisión rutinaria y daba seguimiento por hipertensión leve. Lo extraño, en opinión de la residente, era que la Sra. H tenía bigote. La residente nunca le había preguntado nada al respecto durante el año que la había examinado. La psiquiatra consideró que el bigote constituía potencialmente un signo clínico de enfermedad psiquiátrica que requería de investigación más amplia.
>
> Con consentimiento de la residente, la psiquiatra pidió permiso a la paciente para examinar su cara. Al efectuar un examen más cercano observó que la Sra. H no tenía vello excesivo sobre el labio superior, sino que se aplicaba maquillaje de color claro en toda la cara (su piel era de color oscuro), excepto encima del labio, lo cual daba la impresión de que tenia bigote.
>
> Cuando le preguntó a la Sra. H sobre su "bigote", ella dijo "¡Así que eso es lo que me ven!". Con frecuencia ella se preguntaba por qué muchas personas se quedaban mirándola en la calle. Negó sufrir síntomas de depresión o manía ni tampoco presentaba signos de psicosis como alucinaciones auditivas o visuales, paranoia, o ideas de referencia. No padecía ninguna afección médica importante, excepto hipertensión leve, no tomaba medicamentos y tenía antecedentes familiares negativos de enfermedades mentales.
>
> La psiquiatra procedió a efectuar el examen cognoscitivo. Observó que la Sra. H estaba alerta y orientada, excepto con respecto a la fecha,

pues estaba defasada varios días. La memoria remota de la Sra. H estaba intacta, pero demostró dificultad para recordar de manera inmediata uno de cuatro artículos. Transcurridos cinco minutos sólo pudo recordar dos de los artículos y logró recordar uno más al ayudarla con categorías.

La concentración de la Sra. H, medida su capacidad para realizar la serie de sietes, fue mala pues cometió errores frecuentes durante la tarea, pero no había terminado la secundaria y la psiquiatra tomó este factor en cuenta. La Sra. H también tuvo dificultad para dibujar un reloj con números. La psiquiatra se preguntó si quizá la paciente no se aplicaba maquillaje por encima del labio debido a algún tipo de descuido visuoespacial o **apraxia.**

Basándose en el examen cognoscitivo, la psiquiatra sospechó algún proceso de demencia. La residente ordenó una serie de pruebas, incluyendo funcionamiento de la tiroides, B12, electrólitos, biometría hemática y detección toxicológica en orina; los resultados fueron normales. También se obtuvo suero para pruebas de RPR y HIV, con el fin de completar los exámenes, aunque la Sra. H negó haber tenido algún contacto sexual en los últimos 30 años. De manera notable, la prueba para sífilis arrojó resultados positivos y se procedió a efectuar una punción lumbar. Se envió una muestra del líquido lumbar para la prueba de fluorescencia de anticuerpos de, treponema absorbidos (FTA-ABS), la cual también fue positiva, esto indicó que la Sra. H padecía neurosífilis. La administración intravenosa de penicilina durante seis semanas dio como resultado una punción lumbar negativa y el estado cognoscitivo de la Sra. H mejoró en los seis meses siguientes.

**Diagnóstico.** Demencia: secundaria a neurosífilis (eje I); sífilis (eje III**).**

## 2. EXCLUSION DE DISFUNCION COGNOSCITIVA INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

Los medicamentos del tipo de la cimetidina pueden producir un funcionamiento cognoscitivo más lento. Es preciso obtener de todos los pacientes antecedentes completos de los medicamentos que usan, tanto sin receta como por prescripción.

## 3. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

El delirio y la demencia se manifiestan por disfunciones cognoscitivas, como pérdida de la memoria a corto plazo y dificultades para concentrarse. Ambos trastornos también producen cambios de comportamiento, y afectan el criterio y la comprensión. Las características que ayudan a diferenciar la demencia del delirio incluyen nivel de conciencia, orientación, y atención (que es normal en casos de demencia, excepto en las etapas tardías graves) y periodo de tiempo (meses y años en demencia, en comparación con horas y días de delirio). El delirio es particularmente frecuente en pacientes hospitalizados.

Por lo general la depresión causa disfunción cognoscitiva leve y cambios del comportamiento en un lapso de varios meses o años, en particular en personas de edad avanzada, pero los problemas de concentración y memoria a corto plazo en casos de depresión grave suelen mejorar con apoyo del examinador. Este estado en ocasiones se denomina "seudodemencia", aunque el término es poco preciso, ya que la depresión produce afección cognoscitiva leve pero real (en oposición al término "seudo"). Quizá sea difícil establecer la diferencia entre la depresión y la demencia leve, que se presenta con síntomas de depresión. El EEG ayuda en ocasiones para efectuar el diagnóstico, ya que en pacientes deprimidos arroja datos normales. Si el clínico no logra diferenciar entre la depresión y la demencia, quizá convenga efectuar una prueba con terapia antidepresiva de manera empírica.

## CURSO DE LA DEMENCIA

La demencia suele ser un trastorno progresivo con curso variable: En la demencia de Alzheimer, el proceso de demencia suele progresar en el curso de cinco a diez años, ocasionando cada vez mayor pérdida del funcionamiento cognoscitivo superior. A menudo se observan cambios de comportamiento' y de personalidad y la agresión y la agitación pueden llegar a constituir un problema. Los pacientes que padecen demencia de moderada a grave pueden desarrollar síntomas de psicosis, como alucinaciones auditivas y visuales, paranoia y delirios. Tarde o temprano estos individuos pierden toda capacidad de compresión y abstracción, su aprendizaje a corto plazo y su concentración se reducen al mínimo, y pierden el criterio y la comprensión; en consecuencia, requieren cada vez más ayuda en sus actividades cotidianas (p. ej., para vestirse, preparar los alimentos, ir al baño). Tal vez sea necesario ingresarlos en un asilo o en alguna instalación cerrada cuando corran el riesgo de "escapar". La muerte suele ser consecuencia de otra enfermedad como neumonía o enfermedad cardiaca. En ocasiones se toma la decisión de no dar "tratamiento de rescate" para corregir problemas médicos graves como insuficiencia cardiaca o renal en este tipo de enfermos.

En contraste con el Alzheimer, las enfermedades vasculares como la demencia por infartos múltiples

suelen evolucionar de manera más rápida y por etapas, con disminución repentina del funcionamiento cognoscitivo que se alterna con periodos de estabilización. La ubicación de los infartos determina el grado de incapacidad psicológica que experimenta el sujeto: las lesiones en las vías motoras ocasionan parálisis parcial, mientras que las lesiones en los centros del habla ocasionan **afasia** (patrón anormal del habla que se caracteriza porque la persona se detiene, o dice cosas sin sentido).

## TRATAMIENTO DE LA DEMENCIA

El tratamiento de la demencia incluye dar tratamiento a los problemas médicos reversibles, prescribir medicamentos psicotrópicos para aliviar síntomas específicos, valorar la capacidad para vivir en forma independiente, y dar información de centros para cuidados a largo plazo, en caso apropiado.

En alrededor de 8 a 15% de los casos, la causa subyacente de la demencia es potencialmente reversible. Algunas causas reversibles incluyen hidrocefalia con presión normal, tumores cerebrales benignos, hipotiroidismo, neurosífilis, deficiencia de vitaminas, depresión y medicamentos. El diagnóstico y el tratamiento tempranos son críticos porque la demencia producida por causas reversibles puede ocasionar una declinación irreversible en las funciones cognoscitivas superiores con el transcurso del tiempo.

Quizá sea factible hacer más lento el progreso de la demencia en ciertos pacientes y se están desarrollando medicamentos con este fin. La tacrina y el donepacil aumentan los niveles de acetilcolina en el SNC de enfermos de Alzheimer, lo que retrasa temporalmente el curso de la enfermedad^ Se está investigando la restitución de estrógenos en mujeres que padecen Alzheimer.

Quienes padecen demencia relacionada con el alcohol quizá se beneficien al ser enviados a algún programa de rehabilitación. Aquéllos con demencia por infartos múltiples, quizá se beneficien con tratamientos diseñados para reducir los factores de riesgo de ataques de apoplejía. La hidrocefalia con presión normal se corrige mediante el implante quirúrgico de una derivación para drenar el exceso de líquido cefalorraquídeo; no obstante, los resultados son variables. Los medicamentos que reducen la carga viral son de ayuda para retrasar el curso de la demencia vinculada con el virus de inmunodeficiencia humana.

Los antipsicóticos a dosis bajas ayudan a controlar los problemas de comportamiento que se producen en sujetos con demencia y los síntomas psicóticos de paranoia y alucinaciones. En ciertos casos es conveniente usar antidepresivos para tratar la depresión, porque ésta exacerba los problemas cognoscitivos e inhibe el desempeño de las actividades cotidianas en este tipo de enfermos. Cuando el diagnóstico de demencia es incierto y existe la posibilidad del diagnóstico de depresión grave, generalmente se inicia una prueba con antidepresivos. El uso de antidepresivos en pacientes con SIDA y demencia en ocasiones produce mejorías notables, ya que la demencia relacionada con SIDA tiende a producir diversos síntomas de depresión.

Los medicamentos psicotrópicos deben emplearse con cuidado en casos de demencia, porque estos enfermos son más susceptibles a los efectos secundarios. Las benzodiacepinas son de ayuda para reducir la ansiedad y la agitación, pero quizá desinhiban al paciente con demencia y empeoren la cognición ocasionando más problemas de comportamiento. Los medicamentos con efectos anticolinérgicos fuertes, como el antipsicótico tioridacina o el antidepresivo amitriptilina (Elavil), causan con facilidad delirio anticolinérgico y otros efectos secundarios.

También es de ayuda simplificar las prescripciones de estos pacientes; muchos medicamentos ocasionan de manera indirecta que la demencia empeore. Las personas de edad avanzada y quienes padecen SIDA, con frecuencia reciben medicamentos múltiples **(polifarmacia),** en particular cuando son tratados por varios especialistas. Se debe identificar a un clínico como coordinador central de los cuidados del paciente, con el fin de que esté al tanto de todos los medicamentos y los planes de tratamiento.

Es preciso evaluar si los enfermos que padecen demencia son capaces de vivir independientemente. Se valora su capacidad para vestirse, tomar sus alimentos y prepararlos (incluyendo detalles importantes, como apagar la estufa o cerrar el refrigerador). Los servicios de las enfermeras visitadoras son de ayuda para los enfermos que se encuentran en el hogar, o quizá sea necesario ingresarlos a algún asilo, o en algún sitio donde se les suministre alimentos y cuidados. Es preciso notificar al departamento de tránsito acerca de las personas con dificultad para manejar.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los pacientes que padecen demencia y delirio a menudo evocan fuertes reacciones emotivas en el personal médico. El contacto con personas agitadas, desorganizadas y desinhibidas ocasiona con facilidad que el personal se sienta colérico y asustado. El síntoma más importante de la demencia, la pérdida de la memoria a corto plazo, puede constituir una amenaza psicológica, en especial para el interno o residente cansado que lucha por retener numerosos nombres, hechos y listas. Los sentimientos coléricos o punitivos

del estudiante o de los médicos responsables de estos pacientes, pueden conducir a la receta excesiva de poderosos medicamentos psicotrópicos, o al uso inadecuado de restricciones físicas. Los sentimientos de distanciamiento o desinterés quizá ocasionen que el personal médico pase por alto problemas clínicos tratables. Otras personas tal vez sientan compasión, basándose en experiencias previas con casos de demencia en miembros de su familia. No obstante, cuando estos sentimientos se pasan por alto pueden dar lugar a que no se reconozcan y no se traten las perturbaciones del comportamiento en este tipo de pacientes. Los sentimientos mencionados también se traducen a problemas de comportamiento que ocasionan que los pacientes dejen el hospital en contra del consejo médico.

La carga emotiva sobre las familias de pacientes con demencia es semejante, pero más prolongada y difícil de tolerar, ya que los miembros de la familia a menudo deben asumir papeles de mayor responsabilidad y cuidar de personas que sólo se asemejan ambiguamente a lo que eran con anterioridad. Los familiares corren el riesgo de sentirse culpables y experimentar depresión y agotamiento. Si el médico detecta, atiende y tiene en cuenta de manera abierta estos aspectos (sin importar el diagnóstico) logrará aliviar el sufrimiento y ayudará a reforzar la red de apoyo del paciente. Los grupos de apoyo son de suma ayuda tanto para el enfermo como para los miembros de su familia; a menudo es un alivio para los miembros de la familia compartir su ira, frustración, depresión o culpa, con otras personas en situaciones similares.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LA DEMENCIA

La demencia es ocasionada por factores biológicos con excepción de leves deficiencias cognoscitivas derivadas de la depresión. Sin embargo, las variaciones culturales y de comportamiento ejercen cierto efecto en la prevalencia de los distintos tipos de demencia. El papel que desempeñan los aspectos culturales, por ejemplo, el comportamiento socialmente aceptable, explica en parte las variaciones por lo que respecta a vulnerabilidad al uso de sustancias. Algo notable es que entre los grupos culturales o étnicos que sufren intranquilidad social, opresión política, o depresión económica, se observa mayor incidencia del uso de sustancias. En otros casos los comportamientos influyen en la epidemiología de los vectores de enfermedad y en la diseminación de agentes infecciosos que causan demencia. Esto es lo que ocurre por lo que respecta a la diseminación de enfermedades sexualmente transmitidas, como HIV y sífilis, La vía de transmisión del kurú, una enfermedad ocasionada por un virus de acción lenta que afecta a la tribu Fore de Nueva Guinea, se derivaba exclusivamente de la práctica de las mujeres y niños de alimentarse de los cerebros de miembros muertos (e infectados) de la tribu. Las actitudes por lo que respecta a la aceptación del comportamiento alterado, y los métodos familiares y comunitarios para cuidar de pacientes con demencia, también varía entre los diversos grupos culturales.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al cuidar de pacientes con demencia o delirio con frecuencia surgen diversos aspectos éticos y legales. Estos incluyen disminución de la capacidad para proporcionar consentimiento informado para procedimientos médicos, hospitalización involuntaria, cuidados y decisiones en los últimos momentos de vida y protocolos de investigación en enfermos de demencia.

A menudo la disminución de la capacidad para la toma de decisiones médicas suele ser resultado de la afección cognoscitiva que se produce en los pacientes con demencia y delirio. La capacidad para dar consentimiento informado se basa en que el paciente entienda su padecimiento, y los riesgos y beneficios de determinado procedimiento médico en comparación con los posibles resultados de no someterse a él.

> Luis F, de 40 años, fue llevado al hospital al encontrarlo inconsciente en la calle. Al ingresar estaba deshidratado y gravemente anémico. Posteriormente, ese mismo día despertó, pero estaba muy agitado y desorientado, creía que estaba en una terminal de camiones y gritaba "¡déjenme salir de aquí!". Tenía pensamiento confuso, desorganizado, desarticulado e irracional. Presentaba paranoia y se negaba a escuchar las advertencias del personal hospitalario de que se encontraba en peligro de morir por hemorragia extensa.
>
> Como las heces del Sr. F eran de color negro y vomitaba sangre, los residentes estaban seguros de que experimentaba hemorragia gastrointestinal superior. Con base en la cantidad de sangre perdida y en la presión arterial del Sr. F, que cada vez descendía más, los médicos estimaron que sin tratamiento entraría en estado de choque y moriría a las pocas horas. Era evidente que el delirio del Sr. F, ya fuera causado por supresión alcohólica, hemorragia, o encefalopatía hepática, interfería con su capacidad para tomar una decisión informada.
>
> Aparentemente el Sr. F no tenía familiares que pudieran ayudarle a especificar sus deseos en estado previo al delirio. En caso de estar en una situación que no fuera de urgencia, entonces

sería necesario solicitar autorización de algún familiar, y en caso de que no tuviera ninguno, se presentaría una petición ante el tribunal para que éste tomara la decisión por parte del paciente. No obstante, en este caso la combinación de falta de capacidad para dar consentimiento informado y la presencia de una urgencia médica (definida como el riesgo de perder la vida o algún miembro en un periodo de 24 horas) permitió a los médicos sedar al Sr. F y proceder con su plan de tratamiento.

Varios hospitalizados se niegan a recibir todo tipo de cuidados médicos, desde medicamentos y venoclisis hasta intervenciones quirúrgicas. Algunos de ellos experimentan delirio y necesitan ser evaluados para determinar su capacidad de dar consentimiento informado. Algunos pacientes con delirio o demencia de tipo leve aún son capaces de tomar decisiones informadas. En casos más graves, la alteración cognoscitiva a menudo bloquea la capacidad del paciente para comprender su afección médica, o sopesar los riesgos y beneficios de las opciones de tratamiento. En casos no urgentes, en personas con capacidad disminuida, la autorización para llevar a cabo el tratamiento médico se obtiene de los miembros de la familia, o en su ausencia, del sistema legal. En otros casos, el delirio no se diagnostica o se pasa por alto su impacto sobre la toma de decisiones médicas, porque el paciente da su consentimiento para el tratamiento y firma las formas necesarias para ello. Pero es poco ético y legal obtener el consentimiento de este modo, ya que la reducción de la capacidad para proporcionar el consentimiento informado altera la competencia del individuo para la toma de decisiones. Tampoco es adecuado aguardar hasta que el enfermo experimente delirio, con el fin de llevar a cabo determinado proceso sin su consentimiento, en caso de que se haya negado a ello antes de padecer el delirio. Los médicos que llevan a cabo el tratamiento médico en pacientes temporalmente incapacitados en casos no urgentes, se ven expuestos a airadas demandas presentadas por los pacientes (o sus representantes) por la violación de sus derechos.

Los mismos problemas surgen al cuidar de enfermos de demencia. A menudo es necesario consultar a los miembros de la familia para la toma de decisiones médicas cuando el paciente carece de capacidad cognoscitiva para sopesar las alternativas. Siempre que sea posible, es preferible conocer los deseos del paciente de antemano pidiendo instrucciones de manera directa con respecto al estado DNR (no reanimar) y otros aspectos del tratamiento desde comienzos del curso de la demencia, mientras la persona aún conserva su capacidad para tomar decisiones. El uso del instrumento llamado "voluntad en vida" es cada vez más frecuente. El retraso en tomar en cuenta estos aspectos en pacientes que padecen demencia se refleja en el sufrimiento emotivo de los enfermos, su familia y el personal médico. Los médicos deben ayudar a los pacientes y a sus familiares a determinar en qué casos es probable que el tratamiento sea fútil.

Ha surgido otro dilema ético a consecuencia de los avances en medicina que hacen posible identificar a aquellos individuos con riesgo de demencia sin ofrecer una promesa inmediata de tratamiento. En los últimos años se han determinado diversos genes relacionados con formas familiares de la enfermedad de Alzheimer que se presentan en personas de 40 y de 50 años. El alelo E4 de la apolipoproteína se acompaña de mayor riesgo de Alzheimer de tipo familiar y no familiar. El E4 no permite predecir quien desarrollará posteriormente Alzheimer, sino solamente indica quienes tienen ese riesgo. Es probable que las investigaciones futuras proporcionen información más avanzada, aunque no concluyente, sobre el riesgo de los miembros de la familia de padecer Alzheimer y otros tipos de demencia. Será necesario que los médicos tomen en cuenta el impacto psicológico de este tipo de información.

Gracias al descubrimiento de nuevos medicamentos para evitar la disminución de la capacidad cognoscitiva, se puede predecir que pronto contaremos con medicamentos para mejorar los procesos de pensamiento, memoria y concentración. Sin duda, el impacto de este tipo de descubrimientos sobre la sociedad dará lugar a un dilema ético acalorado y de sumo interés sobre este tema.

## CONCLUSION

El delirio es una forma aguda de disfunción cerebral que a menudo se produce en el medio de pacientes internos y que requiere evaluación y tratamiento oportunos. La demencia puede ser consecuencia de diversas enfermedades y es una afección cerebral progresiva de tipo crónico y a menudo insidioso, que en ocasiones es reversible cuando se detecta en etapa temprana. La incidencia de la demencia aumenta cada vez con mayor rapidez, a medida que los miembros de un importante segmento de la población envejecen. Tanto el delirio como la demencia plantean retos médicos, éticos y legales de tipo complejo para los proveedores en el campo de la salud.

La perturbación de las funciones cognoscitivas que se observa en casos de demencia y delirio también permite comprender cómo procesa y almacena información el cerebro. La base biológica de la memoria y su papel crucial en la preservación de la identidad personal del individuo es uno de los diversos misterios que las ciencias médicas aún no han logrado dilucidar en su totalidad.

## REFERENCIAS

Alzheimers Disease: Literature citation and book reviews. http://moe.csa.com/alzcit.html
Cummings JL, Benson DR: *Dementia: A Clinical Approach,* 2nded. Buttersworths-Heinemann, 1992.
Doernberg M: *Stolen Mina: The Slow Disappearance of Ray Doernberg.* Algonquin Books of Chapel Hill, 1989.
Hersh D, Kranzler HR, Meyer RE: Persistent delirium following cessation of heavy alcohol consumption: diagnostic and treatment considerations. Am J Psychiatr 1997;154(6):846.
Inouye SK, Charpentier PA: Precipitating factors for delirium in hospitalized elderly patients. J Am Med Assoc 199;275(11): 852.
Kaufman DM: Dementia. Pages 123-167 in: *Clinical Neurology for Psychiatrists,* 4thed. Saunders, 1995.
Kim E, Rovner BW: Depression in dementia. Psychiatr Ann 1994;24(4):173.
Mace NL, Rabins PV: *The 36-hour Day,* revised ed. Johns Hopkins University Press, 1991.
Maldonado JL, Fernandez F, Sergio-Trevino E, Levy J: Depression and its treatment in neurological disease. Psychiatr Ann 199;27(5):341.
Meagher DJ, O'Hanlon D, O'Mahony E, Casey PR: The use of environmental strategies and psychotropic medication m the management of delirium. Br J Psychiatr 996;168:512.
Murray GB: Limbic music. Pages 116-126 in: *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry,* 2nd ed. Hackett TP, Cassem NH (editors). PSG, 1987.
Sacks O: The lost mariner. In: *The Man Who Mistook His Wife for a Hat.* Perrenial Library, 1987.
Shaughnessy R. Psychopharmacotherapy of neuropsychiatric disorders. Psychiatr Ann 1995;25(10):634.
US Federal Government agencies: Resources on Dementia (NIH searchable database). http://www.caisícom/adear/federal.html
Whitehouse PJ, Juengst E, Mehlman M, Murray TH: Enhancing cognition in the intellectually intact. Hastings CentRepI997;27(3):14.

# 4 Esquizofrenia

*Cameron S. Carter, MD, David Elkin, MD y Sophia Vinogradov, MD*

Alrededor de 1 % de la población sufre **esquizofrenia,** que da lugar a síntomas devastadores que duran toda la vida de los afectados y a menudo con nivel de funcionamiento notablemente reducido. Las causas de la esquizofrenia no se conocen en su totalidad, pero estudios recientes sugieren que se debe a una combinación de factores genéticos y del entorno, y tiene origen en el desarrollo neurológico. El examen del estado mental del enfermo de esquizofrenia a menudo se caracteriza por anormalidades de diversas categorías, incluyendo afecto, percepciones y pensamiento. Para diagnosticar el trastorno, en primer lugar, los médicos deben descartar las afecciones clínicas y psiquiátricas que ocasionan síntomas psicóticos. Los medicamentos antipsicóticos reducen los síntomas y pueden mejorar el curso de esta enfermedad, pero no la curan. Los psicóticos son capaces de inducir reacciones emotivas sumamente fuertes en los proveedores de cuidados de la salud y su cuidado plantea en ocasiones complejos retos de tipo ético y legal.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

La esquizofrenia se caracteriza por una tendencia hacia la psicosis que aumenta y disminuye: es un estado mental notable por alteración de las pruebas de percepción de la realidad, comportamiento trastornado y perturbaciones del pensamiento, como asociaciones débiles o pensamientos desorganizados. En ocasiones se observan síntomas como paranoia, delirio, alucinaciones auditivas o visuales y perturbación de las emociones. En conjunto, las características anteriores se denominan **síntomas positivos.** Los **síntomas negativos** incluyen afecto inexpresivo, pérdida del pensamiento espontáneo, aislamiento social, falta de motivación y otros cambios de la personalidad. La esquizofrenia se clasifica en cinco subtipos: paranoica, desorganizada (hebefrénica), catatónica, no diferenciada y residual. La **esquizofrenia paranoica** es la de tipo más común y se caracteriza por síntomas negativos acentuados como paranoia, delirio y alucinaciones en ausencia de desorganización.

El plan de clasificación en cinco tipos data de las primeras descripciones del trastorno, y además, de los síndromes descritos por otros psiquiatras del siglo XIX Antiguamente no se efectuaba diferenciación entre los diversos trastornos mentales y cuando se creía que una persona estaba loca, con frecuencia se le recluía en un asilo y se le maltrataba. Emil Kraeplin, psiquiatra del siglo XIX, observó que algunos enfermos presentaban episodios de alteración del comportamiento, pero después regresaban a la normalidad. Probablemente estos sujetos presentaban trastornos del estado de ánimo. Kraeplin se enfocó en los individuos que presentaban episodios de psicosis, pero no regresaban al nivel de funcionamiento premórbido; estos individuos padecían demencia precoz, a la cual Eugene Bleuler posteriormente dio el nombre de esquizofrenia. Según el plan de clasificación más moderno de Crow, la esquizofrenia tipo I se caracteriza principalmente por buen funcionamiento premórbido, síntomas positivos en su mayoría y respuesta a los medicamentos antipsicóticos; el tipo II se caracteriza por mal funcionamiento premórbido, síntomas negativos en su mayoría, evidencia de patología cerebral estructural (p. ej., aumento del tamaño ventricular) y mala respuesta a los antipsicóticos.

Otros intentos de clasificar la esquizofrenia en distintos tipos se enfocan al predominio de síntomas negativos en ciertos enfermos de esquizofrenia. Los clínicos e investigadores no aceptan una tipología única de manera universal; sin embargo, la mayoría de los clínicos en el campo concuerdan en que la esquizofrenia es un síndrome heterogéneo desde el punto de vista clínico y posiblemente biológico.

### INCIDENCIA

La esquizofrenia suele iniciarse en la segunda o tercera década y generalmente es una afección que

dura toda la vida. Su incidencia en Estados Unidos es de 0.3 a 0.6 por cada 1 000 habitantes. La prevalencia durante toda la vida es cercana a 1.5%. Las cifras de incidencia a nivel mundial son comparables cuando se ajustan teniendo en cuenta los diferentes criterios diagnósticos.

Debido a su costo directo paca los cuidados de salud y a sus costos más indirectos para la sociedad a consecuencia deja productividad perdida a lo largo de la vida del individuo, se estima que la esquizofrenia tiene un costo equivalente al 2% del Producto Nacional Bruto estadounidense anualmente, y además del aspecto económico, produce un desgaste devastador en términos de sufrimiento humano para los pacientes, sus familiares, y sus amigos.

## CAUSAS

La esquizofrenia puede darse como enfermedad única, o pertenecer a un grupo heterogéneo de estados de enfermedad derivados de una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y de desarrollo. El **modelo de tensión-diátesis** propone que las tensiones biológicas, psicológicas o del entorno sobre el individuo vulnerable dan lugar al cuadro clínico que se conoce como esquizofrenia.

### Factores biológicos

La **hipótesis de la dopamina** postula una hiperactividad de las vías del neurotransmisor dopaminérgico en el cerebro. Esta teoría se apoya en los efectos terapéuticos de los **antipsicóticos,** conocidos también como **neurolépticos** (o, de manera poco precisa, como tranquilizantes mayores) los cuales bloquean al neurotransmisor dopamina. Estos antagonistas del receptor de dopamina se enlazan con bastante fuerza con los receptores D-2 en los fascículos subcortical y mesolímbico, de donde se cree que surgen los síntomas positivos de la esquizofrenia. En congruencia con esta teoría, los agonistas de la dopamina, que aumentan los niveles cerebrales de esta sustancia, como las anfetaminas o la levodopa (L-dopa), inducen o exacerban los síntomas positivos de esquizofrenia. Esta enfermedad suele presentarse en la adolescencia tardía, poco después que se completa el desarrollo del sistema de dopamina en el sistema nervioso central (SNC).

En 60% de los pacientes, aunque disminuyen los síntomas positivos, los neurolépticos ejercen poco efecto sobre los síntomas negativos y la deficiencia cognoscitiva en casos de esquizofrenia. Las formulaciones más recientes de la hipótesis de la dopamina proponen que se eleva la dopamina en las regiones subcortical y límbica del cerebro de manera subyacente a los síntomas positivos, mientras que disminuye la función de dopamina en la corteza, lo cual quizá se relacione con los síntomas negativos y la disfunción cognoscitiva.

Los fascículos dopamirérgicos mesocorticales y mesolímbicos en el SNC constituyen el enfoque de intensas investigaciones para determinar las causas de la esquizofrenia. Algunos investigadores estudian el fascículo nigrostriatal y los ganglios básales, con su concentración más alta de receptores D-2, mientras que otros han implicado a la noradrenalina, al ácido gammaaminobutírico (GABA), al NMDA y a la función glutamato de la corteza en el desarrollo de la esquizofrenia. Los estudios de pacientes esquizofrénicos por tomografía computadorizada (TC) y resonancia magnética (RM) demuestran un aumento de tamaño del ventrículo lateral y del tercer ventrículo en 10 a 50% de los enfermos, y atrofia cortical en 10 a 35% de los enfermos. Las imágenes de RM indican que prevalece la reducción de materia gris en los lóbulos temporales en particular. Estudios más modernos por tomografía de emisión de positrones (PP) y RM funcional demuestran perturbaciones del funcionamiento del lóbulo frontal y temporal.

En los cerebros de pacientes que padecen esquizofrenia se observan cambios anatómicos en el momento del inicio de la enfermedad o cercano a él, lo cual sugiere que esta enfermedad es un trastorno del desarrollo, más que una simple afección degenerativa de la corteza cerebral. Hasta el momento los investigadores no saben si la esquizofrenia refleja una alteración del desarrollo cerebral en útero, si se desarrolla durante la extensa reorganización cerebral que tiene lugar a comienzos de la adolescencia, o si ocurren ambos procesos. Además, aún es necesario determinar a qué tipo de tensiones se ve sometido el feto como para dar lugar a problemas en el desarrollo cerebral dos décadas después. Los estudios demuestran que en el hemisferio norte, la mayoría de los sujetos que padecen esquizofrenia nacen de enero a abril; en el hemisferio sur se observa un patrón inverso, y ahí la incidencia de esquizofrenia alcanza un máximo en los meses de nacimiento de julio a octubre. Estos investigadores y otros sugieren un posible origen viral de la esquizofrenia. También se ha relacionado con aumento del riesgo de esquizofrenia los traumatismos perinatales inespecíficos, la desnutrición y la incompatibilidad del factor Rhesus.

### Genética

Los estudios apoyan con fuerza la posibilidad de que la esquizofrenia tenga base hereditaria. Se estima que la prevalencia mundial de esta enfermedad es cercana a 1%, pero el riesgo aumenta hasta 10% cuando algún pariente de primer orden la padece y hasta 50% para gemelos idénticos. La tasa de concordancia de *únicamente* 50% en gemelos idénticos sugiere que los factores del entorno, como los descritos

con anterioridad, también contribuyen al riesgo individual de desarrollo de esquizofrenia. Algunos investigadores sugieren que existen dos tipos de esta enfermedad: **esquizofrenia familiar y esquizofrenia esporádica.**

### Factores psicológicos

La teoría psicodinámica propone que el defecto crucial en el enfermo de esquizofrenia es una afección de las funciones del ego, la cual se refleja en la manera en que interpreta la realidad y en el control de sus impulsos internos. Una característica común de la esquizofrenia paranoica es el mecanismo de defensa llamado **proyección,** el cual consiste en el desplazamiento inconsciente de los sentimientos y pensamientos inaceptables hacia otras personas. De este modo, "estoy enojado" se transforma en "mis compañeros están enojados conmigo y pueden lastimarme". Las ideas paranoicas también tienen rasgos de grandiosidad. Por ejemplo, el paciente que piensa que la CÍA lo está espiando también considera que es lo suficientemente importante como para ameritar vigilancia por parte del gobierno.

### Perspectivas de las ciencias sociales

La incidencia de la esquizofrenia muestra una prevalencia uniforme a nivel mundial. Esta enfermedad en general produce "deslizamiento descendiente" a través de los niveles socioeconómicos de la sociedad. El paciente que padece esquizofrenia tiene menos probabilidades de ser capaz de conservar un trabajo o de entablar relaciones interpersonales cercanas de tipo estable. En Estados Unidos se dispone de subsidios del seguro social por incapacidad para enfermedades mentales, pero quienes padecen esquizofrenia tienen menos probabilidades de solicitarlos, ya sea por desorganización o por paranoia. Por otra parte, la depresión o la dependencia de las drogas altera aún más su funcionamiento. Los enfermos de esquizofrenia también presentan mejores resultados a largo plazo en sociedades no industrializadas.

## VALORACION DIAGNOSTICA: EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Las observaciones importantes en el examen del estado mental del enfermo de esquizofrenia son las siguientes:

**A. Apariencia y comportamiento.** Quienes padecen esquizofrenia suelen tener apariencia desordenada, desaseada, agitada o rígida. También suelen ser poco cooperativos y parecen sospechosos o perplejos, o quizá se encuentran distraídos por sufrir alucinaciones auditivas o visuales invisibles. Quizá efectúen poco contacto visual. Su comportamiento general suele ser peculiar o extraño y además usualmente presentan disminución de las expresiones faciales.

**B. Lenguaje.** La velocidad del habla, el ritmo y el tono quizá sean normales; sin embargo, los esquizofrénicos en ocasiones emplean palabras poco comunes que sólo ellos comprenden (llamadas **neologismos)** y en ciertos casos producen habla sin sentido en la cual permanecen intactos los fragmentos de algunas palabras; esto se denomina "ensalada de palabras", haciendo la analogía al hecho de tomar palabras de las oraciones y emplearlas al azar. Quizás al clínico se le dificulte comprender a los pacientes que se encuentren en un estado psicótico grave.

**C. Emociones.** El afecto suele encontrarse per turbado en los enfermos de esquizofrenia. La perturbación más común del afecto en general es falta de emotividad o descortesía en las respuestas afectivas. Por lo tanto el paciente tiene apariencia desapegada o distante durante la entrevista. Otra característica común es la **perplejidad:** un "tono" emotivo de asombro constante, en el cual el sujeto parece confundido sobre lo que está diciendo, o lo que escucha. El afecto incongruente también es común.

**D. Procesos de pensamiento.** Los procesos de pensamiento de los enfermos de esquizofrenia pueden ser ilógicos, circunstanciales o tangenciales, y a menudo se caracterizan por asociaciones poco claras. Se ha indicado la similitud entre este tipo de procesos de pensamiento y la manera en que se mueve el caballo en un juego de ajedrez, el cual salta en forma torcida, difícil de comprender para el observador. Por ejemplo, al preguntar a un paciente psicótico cuándo nació quizá responda: "¿cuándo nací?, me encuentro dentro de un lago, con erupción infantil ...cedros vivos gateando ...mi hermana". Con frecuencia el entrevistador observa que, después de hablar con el paciente por varios minutos, no logra comprender lo que éste dice.

**E. Contenido del pensamiento.** En los sujetos con esquizofrenia se observan numerosas anormalidades del contenido del pensamiento. El **delirio** es una creencia fija y falsa que carece de bases culturales. Las **ideas persecutorias** (p. ej., "la CIA me espía"); **ideas de referencia** (p. ej., "mensajes" especiales dirigidos exclusivamente al paciente a través de programas televisivos o libros), y la **transmisión, inserción** o **control del pensamiento** son frecuentes. En ocasiones también se observan **delirios de grandeza** o **religioso** (p. ej., "soy el siguiente Mesías, y seré elegido presidente el próximo año"). Quizá se observe **delirio somático** y algunos pacientes se obsesionan por validar sus quejas físicas clínicamente y a menudo solicitan que se les repitan los exámenes y las pruebas una y otra vez. Otros delirios son aún más extraños, como el caso de cierto enfermo que se presentaba de manera repetida en la clínica quirúrgica demandando con enojo una TC de la cabeza para ubicar un transmisor que él

creía le habían implantado en el cerebro. Los delirios del paciente deben investigarse si el examinador considera que tienen algún fundamento, aunque sea parcial.

> Máximo C, un joven de 25 años, fue hospitalizado para tratamiento de su pierna rota. El dijo que una banda lo perseguía porque él ya no pertenecía a ella. El asustado joven solicitaba la protección de la policía y una nueva identidad para ocultarse de esa banda. Como estaba agitado y tenía antecedentes de episodios psicóticos inducidos por uso de anfetaminas, el equipo médico atribuyó sus creencias persecutorias a su enfermedad psiquiátrica y se sorprendió cuando en el segundo día de su estancia hospitalaria aparecieron unos oficiales de policía que corroboraron los alegatos de Max quien decía haber fungido como testigo en un tribunal en un caso de asesinato relacionado con una banda. Max realmente había huido de los miembros de la banda y algunos de ellos aparecieron posteriormente en el pabellón médico preguntando por él por su nombre. Se le transfirió a un pabellón distinto, registrándolo con otro nombre y bajo protección policiaca.

**F. Trastornos de la percepción.** Se han reportado alucinaciones de los cinco sentidos, aunque las de tipo auditivo son las más frecuentes. El paciente escucha una o varias voces y con frecuencia escucha voces de otras personas que hablan sobre él. En ocasiones se burlan de él o le ordenan suicidarse, o dañar a otras personas (esto recibe el nombre de **alucinaciones de comando).**

**G. Criterio y comprensión.** En los enfermos de esquizofrenia con frecuencia se altera el criterio y la comprensión. Quizá actúen por ideas extrañas y tengan conciencia limitada de que una perturbación emotiva da lugar a sus pensamientos y sentimientos.

**H. Examen cognoscitivo.** Las pruebas cognoscitivas informales o en la cama quizá arrojen resultados normales en muchos casos. Sin embargo, las pruebas neuropsicológicas especializadas casi siempre revelan anormalidades de atención, de capacidad de ejecución motora, de la memoria, o todas ellas. Con frecuencia los individuos están distraídos o desorganizados, por lo cual es probable que su concentración y su atención estén afectadas. También puede estar afectada su capacidad para pensar de manera abstracta. Por ejemplo, si se pide a estas personas que interpreten el proverbio "Las personas que viven en casas de vidrio no deben arrojar piedras" quizá respondan "por supuesto que no, pues romperían el vidrio". Esto se denomina pensamiento concreto. La memoria también se afecta cuando los pacientes presentan psicosis activa.

Leona S, una joven soltera de 19 años, se presentó a la sala de urgencias de un hospital universitario a instancias de una de sus compañeras de cuarto. "Es como si se hubiese drogado demasiado", indicó la amiga que la acompañó. La principal queja de la Srita. S era que "escuchaba voces y tenía percepción extrasensorial". Relató el inicio gradual de alucinaciones auditivas (en los últimos siete u ocho meses), las cuales consistían principalmente en voces que hacían comentarios lascivos con respecto a las personas con quienes se atravesaba. Estas alucinaciones la incomodaban bastante y temía repetir algún día en voz alta lo que las voces le decían, o decir o hacer las cosas (sexuales) que las voces le indicaban.

Además, la Srita. S manifestó que había estado comunicándose con su novio y con otras personas por telepatía. Esta comunicación telepática se inició como una serie de coincidencias, en las cuales las personas decían cosas que ella estaba pensando. Ahora ella creía que los demás se comportaban constantemente de manera tal que indicaba que sabían lo que ella estaba pensando. Por dar un ejemplo, mientras miraba la televisión dos noches antes, su novio le dijo "¡qué sorprendente!", justo después de que ella pensó que la televisión hacía referencia a su familia.

También se inclinó hacia adelante y tapó la pantalla en varias ocasiones, lo que en su opinión se debió a que en ese programa se transmitían mensajes y él intentaba impedir que ella se enterase de ellos o deseaba protegerla.

Los amigos de la Srita. S indicaron que su comportamiento se había hecho cada vez más errático. Hablaba constantemente sobre sus experiencias psíquicas, no pagaba la renta, dejaba ropa tirada por toda la casa, prendía y apagaba los aparatos de manera innecesaria y quemaba regularmente el periódico en la estufa.

La Srita. S negó tener antecedentes psiquiátricos. Reportó que era la mayor de dos hermanas e indicó que de niña había sido tímida y una estudiante promedio en primaria y secundaria, aunque reportó cierta dificultad para concentrarse en su último año escolar. Sus padres se habían separado cuando ella tenía 13 años y ella había tenido que vivir con su madre hasta graduarse de la preparatoria, momento en el cual se cambió con sus compañeros actuales. Dijo tener una tía materna que padecía una enfermedad mental grave e inespecífica.

La Srita. S fumaba marihuana y bebía cerveza los fines de semana desde los 14 años y en el último año había probado el LSD, los hongos

alucinógenos y la cocaína intranasal en diversas ocasiones. Dejó de usar estas sustancias varios meses antes cuando comenzó a escuchar voces y pensó que tenía percepción extrasensorial.

En el curso de la entrevista, la Srita. S se mostró sorprendentemente contenta y encantadora. No obstante, mantuvo contacto visual limitado, y su forma de hablar era espontánea y no del todo coherente. Describió su estado de ánimo como bueno y sus emociones eran inapropiadamente benignas dado el contenido de las experiencias que describió. Sus procesos de pensamiento eran ligeramente tangenciales y presentaban algunas asociaciones poco congruentes. Por ejemplo dijo, "el televisor puede introducir pensamientos a la cabeza de uno, y los productores, directores, actores y anunciantes tienen que trabajar para vivir". Admitió haber escuchado varias voces masculinas haciendo comentarios sobre su comportamiento y dándole instrucciones para llevar a cabo actos sexuales con las personas que la rodeaban. Estaba muy temerosa de no poder pasar por alto estas voces más tiempo y sentía vergüenza de la posibilidad de que otras personas a su alrededor se enterasen de lo que las voces le decían. Presentaba las ideas de referencia descritas más arriba junto con supresión de pensamiento. No pudo proporcionar una explicación congruente de la razón por la cual le pasaba esto.

**Diagnóstico.** Psicosis esquizofreniforme (eje I).

**Discusión.** El diagnóstico de psicosis esquizofreniforme se emplea cuando se sospecha esquizofrenia, pero han transcurrido menos de seis meses desde el inicio de los síntomas. La Srita. S manifestó alucinaciones serias, delirios y trastorno del pensamiento. Debido a su gran consumo de sustancias podría considerarse una psicosis inducida por sustancias psicoactivas, pero se descartó este trastorno como poco probable dado que se había abstenido de usar alucinógenos y estimulantes varios meses, y durante ese periodo sus síntomas persistieron o empeoraron.

Su enfermedad no le producía síntomas destacados de estado de ánimo (depresión o manía) y sus emociones en el momento de presentación podrían describirse como inadecuados. Por lo tanto, se consideró que un trastorno del estado de ánimo con rasgos psicóticos era poco probable. Los antecedentes de la Srita. S y las observaciones durante el examen sugirieron fuertemente esquizofrenia. Su enfermedad se inició con un periodo preliminar de deterioro social y cognoscitivo, seguido por el desarrollo de alucinaciones, delirios y trastorno del pensamiento, todos los cuales son síntomas positivos de psicosis. Las pruebas de laboratorio descartaron la existencia de alguna lesión cerebral, o de anormalidades metabólicas como enfermedad de Wilson (un defecto del metabolismo del cobre) y las causas infecciosas de la psicosis y la declinación cognoscitiva a consecuencia de infección por HIV. La presencia de enfermedad mental grave en los parientes maternos de la Srita. S también era congruente con el papel bien documentado de la genética en el origen de la esquizofrenia.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### 1. EXCLUSION DE CAUSAS MEDICAS

Los síntomas que sugieren psicosis, como alucinaciones visuales y auditivas, delirios y asociaciones poco congruentes en los procesos de pensamiento, pueden ser producidos por diversos estados psicológicos y clínicos. Los antecedentes y el examen del estado mental ayudan a diferenciar entre la esquizofrenia y otros diagnósticos. Cuando el paciente presenta síntomas de esquizofrenia, el clínico debe descartar en primer lugar las causas médicas de la psicosis y después considerar otros trastornos psiquiátricos.

Diversas afecciones médicas dan lugar a alucinaciones, paranoia y procesos de pensamiento desorganizados. Los pacientes con síntomas de este tipo presentan un cuadro clínico idéntico al de la esquizofrenia. Las enfermedades que con frecuencia producen psicosis y por lo tanto simulan esquizofrenia incluyen:

- enfermedades infecciosas: HIV, neurosífilis, encefalitis herpética y enfermedad de Creutzfeldt-Jakob;
- trastornos del SNC: accidentes cerebrovasculares (apoplejía), lesiones en la cabeza y tumores cerebrales, en particular en las áreas temporal o frontal (en especial aquellas que producen afasia fluente [de Wernicke] y habla sin sentido);
- otras afecciones médicas: epilepsia (en particular epilepsia del lóbulo temporal), porfiria intermitente aguda, deficiencia de $B^{12}$, intoxicación con monóxido de carbono, intoxicación con metales pesados, corea de Huntington, enfermedad de Alzheimer, lupus eritematoso sistémico, esclerosis múltiple y otros trastornos de la colágena vascular con afecta ción del SNC, encefalopatía de Wernicke por deficiencia de tiamina, mixedema (hipotiroidismo grave), enfermedad de Wilson, lipidosis cerebral, enfermedad de Fabry, enfermedad de Fahr, síndrome de Hallervorden-Spatz, homocistinuria y leucodistrofia metacromática;

- medicamentos, incluyendo esteroides y bloqueadores H2 como la cimetidina.

Aun los mejores clínicos no pueden diferenciar entre la esquizofrenia y un trastorno psicótico a consecuencia de alguna afección médica sin revisar el examen físico del paciente y los resultados de sus pruebas de laboratorio. Para descartar estas afecciones médicas, los clínicos deben ordenar una investigación médica completa de los sujetos que presenten psicosis recién desarrollada. Esta investigación debe incluir las siguientes pruebas:

- investigación rutinaria de laboratorio (incluyendo biometría hemática, SMAC y tasa de sedimenta ción);
- prueba de funcionamiento tiroideo (incluyendo T3RU, T4, TSH);
- prueba de reagina plasmática (RPR) para descartar sífilis;
- niveles de $B^{12}$ y folato;
- prueba de HIV;
- detección toxicológica para descartar uso de drogas;
- detección de metales pesados;
- tomografía computadorizada o resonancia magnética;
- electroencefalograma (EEG).

José P, un hombre de 46 años, se presentó a la clínica de salud. Negó en forma ambigua padecer alucinaciones, pero mencionó que en ocasiones percibía el olor a "hule quemado". El Sr. P tenía antecedentes de episodios psicóticos en los últimos dos años. Su esposa reportó que con frecuencia él se ponía a platicar consigo mismo y en ocasiones parecía responder a voces internas. También había observado que su esposo pasaba mucho tiempo escribiendo sus ideas en cuadernos, e intentando convencer de sus creencias religiosas a sus amigos y a personas extrañas. Se enojaba cuando su esposa le hacía comentarios con respecto a su comportamiento y además, no había tenido empleo por varios años. Su esposa también observó ausencia total de impulso sexual de su esposo hacia ella durante ese mismo periodo. No se encontró evidencia de depresión, manía o uso de sustancias.

El Sr. P estuvo de acuerdo en ingresar a la unidad psiquiátrica para ser evaluado. Dedicó la mayor parte del tiempo que pasó en la unidad a escribir en sus cuadernos y a intentar convencer a otros pacientes de que él era "el Hijo de Dios" y de que votaran por él en la próxima elección. Las pruebas de laboratorio fueron poco notables. Se comenzó a dar tratamiento al Sr. P con un antipsicótico, haloperidol. Dos días después su paranoia y agitación aumentaron considerablemente y se le incrementó la dosis del fármaco. Varias horas después el Sr. P comenzó a correr por los corredores gritando y convencido de que había imanes en la pared que lo atraían. Se le colocaron restricciones.

Una TC de cráneo reveló una antigua lesión parenquimatosa en el polo anterior del lóbulo temporal derecho. El EEG con suspensión del sueño empleando electrodos nasofaríngeos demostró actividad convulsiva máxima en la misma región. Una revisión más cuidadosa de los expedientes médicos del Sr. P indicó que poco después de que perdiera su último empleo había trabajado en una cuadrilla de construcción para remodelar un barco portaaviones. El Sr. P había perdido el control de una perforadora manual, la cual rebotó sobre su rostro y le fracturó huesos en la mejilla y el labio. Probablemente la contusión resultante dañó su lóbulo temporal, dando lugar a un foco de convulsiones. Los síntomas del Sr. P disminuyeron de manera significativa cuando se le comenzó a medicar con un anticonvulsivo, carbamacepina.

**Diagnóstico.** Trastorno psicótico por epilepsia del lóbulo temporal (ELT).

**Discusión.** El Sr. P presentaba la tríada clásica de síntomas de ELT, incluyendo hiperreligiosidad (que también se observa en esquizofrenia), hipergrafía (escribir de manera extensa) y disminución del impulso sexual. La epilepsia del lóbulo temporal puede producir comportamiento o estados emotivos extraños durante una convulsión y los pacientes reportan un aura o alucinaciones olfativas al iniciarse la misma. En ocasiones estos enfermos presentan comportamiento estereotipado de tipo complejo. A diferencia de los trastornos convulsivos generalizados, la actividad convulsiva en los lóbulos temporales no necesariamente produce manifestaciones físicas visibles. La epilepsia del lóbulo temporal produce síntomas de psicosis inclusive entre una y otra convulsión. Este estado psicótico crónico parece similar, al observador, a los síntomas de presentación de la esquizofrenia. Para tratar esta epilepsia, con frecuencia se emplean anticonvulsivos como carbamacepina, ácido valproico o fenitoína.

## 2. EXCLUSION DE PSICOSIS INDUCIDAS POR DROGAS

Las drogas comunes que ocasionan psicosis y por lo tanto simulan la presentación clínica de esquizofrenia incluyen esteroides, anfetaminas, cocaína, aluci-

nógenos (como LSD) y fenciclidina (PCP). El fenómeno de **psicosis por anfetaminas,** descrito por primera vez en la década de 1940, poco después de que se sintetizó este fármaco, es una de las bases de la hipótesis de la dopamina para la esquizofrenia. La psicosis por anfetaminas en general desaparece pocos días o semanas después de iniciarse la abstinencia, aunque ocasionalmente se requieren meses para que el síndrome desaparezca en su totalidad. Los medicamentos antipsicóticos aceleran la desaparición de los síntomas. El uso frecuente (p. ej., cotidiano) de metanfetaminas durante periodos extensos (p. ej., meses o años), ocasiona estados psicóticos crónicos que simulan esquizofrenia, aunque el paciente deje de usar esta droga.

Bernardo F, un joven de 28 años, ingresó a la sala de urgencias esposado y declaró que la policía lo perseguía. Iba acompañado de dos fornidos oficiales de policía, quienes reportaron que lo habían encontrado agachado en la estación de camiones con una pistola cargada de 38 mm en las manos. El Sr. F tenía apariencia hipervigilante, estaba sudoroso y presentaba pulso rápido y presión arterial alta. Hablaba con rapidez y de manera bien organizada. Estaba muy asustado e indicó que unos agentes del gobierno asociados con la mafia lo habían estado siguiendo las dos últimas semanas con intención de matarlo. Reportó que había personas que lo vigilaban, hablaban de él y se burlaban de él. Una voz masculina lo llamaba por su nombre, le insultaba y le decía "hazlo". Según el Sr. F, esto se refería que se suicidara. El creía que la voz era de Satanás y pensaba que debía suicidarse antes que sus enemigos lo mataran. En la estación de camiones, con la pistola cargada, intentaba resistirse a estas órdenes.

El Sr. F había ingresado a un hospital psiquiátrico dos años antes. En esa ocasión había quedado "paranoico" tras un periodo de uso frecuente de metanfetaminas y permaneció en el hospital por tres días para tratamiento con haloperidol. Al cuestionarlo al respecto, admitió que la mayoría de los días usaba medio gramo de metanfetamina cristalina *("crystal meth")* y bebía más o menos un paquete de cerveza (un poco más de 2 L) y que en el último mes había empezado a utilizar metanfetaminas por vía intravenosa. Admitió que se había vuelto receloso, que escuchaba una voz que lo llamaba por su nombre y que pensaba que lo estaban vigilando.

El Sr. F carecía de antecedentes psiquiátricos previos, con excepción del ingreso hospitalario en la ocasión mencionada. No obstante, tenía amplios antecedentes en el sistema judicial que databan desde la escuela primaria. Con frecuencia lo expulsaban de la escuela por pelear con sus compañeros, usar drogas en el campus, asalto sexual y portación de armas. Pasó tres años en total en el reclusorio juvenil y había estado encarcelado tres veces como adulto por un total de dos años en la cárcel del condado por robo menor, asalto y cargos relacionados con las drogas. Su familia tenía antecedentes de depresión y dependencia del alcohol.

**Diagnóstico.** Trastorno psicótico por uso de estimulantes (metanfetaminas) (eje I); considerar trastorno de personalidad antisocial (eje II).

**Discusión.** En todos los aspectos, los síntomas del Sr. F (alucinaciones auditivas marcadas y delirios) son típicos de la esquizofrenia. Sin embargo, la presencia de una sustancia conocida como factor precipitante y propiciador de la psicosis, la metanfetamina, anula el diagnóstico de esquizofrenia en este caso y sugiere un trastorno psicótico por uso de estimulantes.

También es conveniente tener en cuenta el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial. Este trastorno es sugerido por el patrón de violación frecuente de los derechos de otras personas (p. ej., participar en luchas, hurto y asalto sexual) establecido antes de los 12 años.

## 3. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Los estados psicóticos también se traducen en otros trastornos psiquiátricos además de la esquizofrenia y con frecuencia el examen del estado mental no basta por sí solo para diferenciar el tipo de enfermedad psiquiátrica. La psicosis parece ser una "ruta final común" resultante de diversas enfermedades. Los estados psicóticos producidos por trastorno bipolar, depresión, trastornos de la personalidad, uso de drogas, o enfermedades médicas tienden todos a parecerse entre sí, con síntomas característicos de paranoia, pensamientos desorganizados, respuestas emotivas perturbadas y alucinaciones. El diagrama de flujo del *DSM-IV* para psicosis es de particular utilidad para comprender el proceso de razonamiento clínico sugerido con objeto de diferenciar entre estos diagnósticos.

**A. Trastornos del estado de ánimo.** Los enfermos con **manía** grave o **depresión grave** pueden desarrollar psicosis. La presencia de estado de ánimo deprimido o eufórico en el paciente ayuda al médico a efectuar estos diagnósticos, y los antecedentes claros de síntomas de manía o depresión inmediatamente antes del estado psicótico actual son de suma ayuda para efectuar cualquiera de estos diagnósticos. Los antecedentes familiares de trastornos del estado de

ánimo constituyen otro signo útil. Los estudios sugieren que cuando la etnicidad del paciente y el médico es distinta, es mucho más probable que este último interprete de manera errónea los trastornos del estado de ánimo como síntomas psicóticos y diagnostique esquizofrenia.

**B. Trastorno esquizoafectivo.** Las personas con trastorno esquizoafectivo parecen presentar esquizofrenia y trastorno bipolar del estado de ánimo simultáneamente y con frecuencia tienen episodios de psicosis, algunos de los cuales se producen tras un periodo de depresión o manía y otros no van acompaña dos por cambios del estado de ánimo (lo que concuerda con la esquizofrenia). El tratamiento del trastorno esquizoafectivo consiste en prescribir estabilizadores del estado de ánimo y medicamentos antipsicóticos. Cuando se diagnostica de manera errónea que el paciente padece esquizofrenia y no se le prescribe un estabilizador del estado de ánimo, continuará presentando cambios del estado de ánimo y episodios psicóticos frecuentes. Dada la confluencia dedos trastornos mentales graves, no resulta sorprendente que las personas con trastornos esquizoafectivos tengan un mal pronóstico, como resultado de mal funcionamiento psicosocial, uso de sustancias y suicidio.

**C. Trastorno esquizofreniforme.** Este trastorno incluye los .síntomas de la esquizofrenia, su dura ción es menor de seis meses. Este diagnóstico se aplica con frecuencia cuando el paciente ha presentado el primer episodio psicótico. Muchas personas a quienes se les diagnostica trastorno esquizofreniforme presen tan episodios psicóticos adicionales; por lo que en último término se les diagnostica esquizofrenia.

**D. Trastorno delirante.** El trastorno de delirio se caracteriza por un sistema fijo de creencias falsas, pero ausencia de otros síntomas positivos y negativos que se observan en la esquizofrenia como alucinaciones, pensamientos desorganizados o escasez de pensamiento. Este trastorno suele presentarse cerca de los 40 años de edad y tiene una incidencia de tan sólo 0.02%, muy inferior a la de la esquizofrenia. Los enfermos presentan algunos de los siguientes tres tipos de sistemas de delirio. En el más común, el tipo persecutorio, el sujeto se encuentra hipervigilante frente a los peligros y piensa que una o más personas lo siguen. En el subtipo somático, el enfermo cree de manera errónea que padece alguna disfunción física. En el tipo erotomaniaco el individuo cree que alguna persona (en ocasiones una celebridad) lo ama y lo desea, a pesar de ausencia de pruebas al respecto o inclusive con evidencia que lo niega. Los medicamentos antipsicóticos en ocasiones no surten efecto contra este trastorno, en particular cuando los delirios se han albergado por mucho tiempo, pero el trabajo de apoyo que se enfoca en aspectos basados en la realidad a menudo es útil, como también el tratamiento de la depresión y la ansiedad concomitantes. Es fundamental efectuar una cuidadosa detección de ideas suicidas (u homicidas).

**E. Trastorno psicótico inducido.** Conocido también como *folie á deux,* el trastorno psicótico inducido ocurre cuando el estado mental de un individuo psicótico o que padece delirio es compartido por otra persona, que generalmente es el cónyuge o algún miembro de la familia. Esa persona con frecuencia adopta las mismas ideas delirantes que el enfermo. Por ejemplo, la esposa de un paciente que padece esquizofrenia puede decir repentinamente que ella, al igual que su esposo, cree que las computadoras se están organizando para dominar el mundo y se comunican con ellos a través de transmisiones en la radio. El tratamiento en ocasiones consiste en orientación de pareja, o en separación de los dos individuos afecta dos. La información de los amigos o miembros de la familia ayudará al clínico a efectuar el diagnóstico.

**F. Trastorno psicótico breve.** Los episodios psicóticos de corta duración ocurren en ocasiones como reacción de los sujetos ante tensiones graves y, en ciertos casos, sin causa aparente. Los pacientes con trastorno de personalidad *borderline* que normalmente obtienen resultados muy buenos en las pruebas de percepciones reales pueden desarrollar estados psicóticos breves en respuesta a tensión emotiva o uso de drogas. Los enfermos con personalidad *borderline* presentan umbrales bajos para la tensión emotiva, por lo cual con frecuencia la tensión desencadenante es demasiado leve como para que ejerza el mismo efecto en una persona promedio. Por ejemplo, el paciente con personalidad *borderline* sensible a aspectos de abandono, puede desarrollar una psicosis de una semana de duración inmediatamente después de la ruptura de alguna relación romántica intensa. Los indicios de este diagnóstico incluyen antecedentes, a menudo proporcionados por amigos y familiares, de estado de ánimo lábil, relaciones caóticas con otras personas, intentos múltiples de suicidio, o actos autodestructivos.

**G. Psicosis de inicio tardío.** Las personas de edad, avanzada, en particular aquellas que han padecido trastornos de personalidad durante toda la vida, suelen desarrollar delirio y otro tipo de síntomas psicóticos en las décadas correspondientes a los 60,70 u 80 años. Estos síntomas pueden ir acompañados con demencia temprana, anormalidades del SNC visibles en TC o RM cerebral, o ambos estudios, y los antipsicóticos a dosis bajas ayudan a aliviarlas.

## CURSO

### 1. SINDROME PRODROMICO

El síndrome prodrómico se refiere a un periodo de síntomas menores que se produce antes del inicio

del trastorno declarado. Aunque la esquizofrenia se presenta en personalidades de todo tipo, tiene más probabilidades de ocurrir en presencia de algunos rasgos de personalidad que de otros. La observación más clásica es el aislamiento emotivo y social; el trastorno suele darse en personas de apariencia tímida, sensibles y retraídas. El enfermo suele evitar la competencia, tiende a llevar a cabo actividades solitarias, experimenta ensoñaciones frecuentes y elaboradas, y suele ensimismarse en sus fantasías. No obstante, muchos adolescentes que no desarrollan esquizofrenia concuerdan con la descripción precedente y la asociación entre estas características de la personalidad y la esquizofrenia es demasiado débil como para permitir a los profesionales al cuidado de la salud predecir qué individuos específicos desarrollarán esquizofrenia.

## 2. INICIO

La enfermedad aguda con frecuencia es tan insidiosa que no puede decirse que tenga un inicio definido. En un caso típico, los miembros de la familia observan declinación en el desempeño escolar del enfermo y en su motivación. Es probable que éste pase cada vez más tiempo en su habitación pensando en ideas filosóficas o religiosas, socialice menos con sus amistades y se haga más solitario. Más adelante emergen los síntomas psicóticos burdos. Por ejemplo, quizá el individuo se queje de escuchar voces, o crea que los agentes del gobierno vigilan sus pensamientos por la radio. El desarrollo de estos síntomas psicóticos agudos con frecuencia se produce tras alguna tensión de la vida, por ejemplo, el fin de alguna relación, dejar el hogar para ir a la universidad o prestar servicio militar. El paciente en ocasiones alberga ideas suicidas y con frecuencia es hospitalizado en esta época por "un primer ataque de psicosis".

## 3. CURSO DE LA ENFERMEDAD

Cerca de 10% de quienes experimentan esquizofrenia de nuevo inicio se recupera y alcanza su nivel de funcionamiento premórbido. De 40 a 50% de los pacientes presentan periodos de remisión, pero siguen experimentando dificultades ocasionales en sus relaciones sociales y en el empleo. De 20 a 30% de todos los individuos que padecen esquizofrenia presentan una forma más grave del trastorno y estos sujetos permanecen psicóticos de manera activa en el curso de toda su vida con niveles muy malos de funcionamiento. En el cuadro 4-1 se resumen los indicadores pronósticos de la esquizofrenia.

Aunque la prevalencia de la esquizofrenia es aproximadamente igual en ambos sexos, el género es un predictor importante del curso de la enfermedad. En promedio, la edad de inicio es casi una década más adelante en las mujeres que en los varones. Aparentemente las mujeres funcionan mejor con este trastorno, como se evidencia por el hecho de que es más probable que estén casadas y tengan empleo que los varones. La dosis media de fármacos antipsicóticos necesarios para el tratamiento de mantenimiento también es más baja en las mujeres. Estas últimas constituyen la mayoría de los pacientes que presentan esquizofrenia de "inicio tardío" (después de los 40 años) y es más probable que presenten síntomas del estado de ánimo que los varones (en particular depresión) como síntoma residual prominente.

## TRATAMIENTO DE LA ESQUIZOFRENIA

Los medicamentos antipsicóticos forman parte integral del tratamiento de la esquizofrenia. Otras modalidades de tratamientos importantes son psicoterapia individual de apoyo, terapia de grupo, y rehabilitación vocacional. Los pacientes tan desorganizados y paranoicos que constituyen un riesgo para sí mismos u otros, o son incapaces de cuidar de sí mismos, quizá requieran hospitalización psiquiátrica como internos. Si el enfermo no está dispuesto a recibir tratamiento como interno, quizá tenga que ser ingresado en forma involuntaria siguiendo criterios legales que varían de uno a otro estado. Quienes no obtienen buenos resultados durante la hospitalización, probablemente requieran supervisión psiquiátrica y hospitalización en un hospital psiquiátrico a largo plazo, por seis meses o más.

Los clínicos deben estar alertas ante el desarrollo, ya sea de depresión o de trastorno obsesivo-compulsivo, en los enfermos de esquizofrenia. Como estos sujetos suelen ser bruscos y tener pensamientos extraños, los clínicos pasan por alto la depresión grave, que suele presentarse hasta en 60% de ellos. Los síntomas obsesivo-compulsivos son frecuentes en casos de esquizofrenia y empeoran al usar el antipsicótico clozapina.

## 1. MEDICAMENTOS

Los antipsicóticos, llamados también neurolépticos o tranquilizantes mayores, controlan los síntomas de la esquizofrenia. Aunque no constituyen una cura, estos medicamentos inducen remisión de los síntomas psicóticos en un lapso de siete a 21 días en casos de esquizofrenia aguda y también ayudan a prevenir la recurrencia de los síntomas. Se cree que funcionan bloqueando los receptores de dopamina, en particular los de tipo D-2, en el sistema mesolímbico.

### Efectos secundarios

Los antiguos medicamentos antipsicóticos tienen muchos efectos secundarios derivados de su acción

**Cuadro 4-1. Indicadores pronósticos de esquizofrenia**

| | *Buen pronóstico* | *Mal pronóstico* |
|---|---|---|
| Edad de inicio | En etapa adulta | Persona joven |
| Inicio de la enfermedad | Agudo | Insidioso |
| Factores precipitantes | Tensiones evidentes | Ninguno |
| Funcionamiento premórbido de tipo social, sexual y en el trabajo | Bueno | Malo |
| Perturbación afectiva | Depresión | Ninguno o ensimismado |
| Estado civil | Casado | Soltero, divorciado o viudo |
| Antecedentes familiares | Trastorno del estado de ánimo | Esquizofrenia |
| Tipo de síntomas | Positivos | Negativos |
| Signos neurológicos | Ninguno | Presentes |
| Antecedentes de traumatismo perinatal | Ninguno | Positivos |
| Antecedentes de recaídas | Ninguno o pocos | Muchos |
| Antecedentes de agresividad | Ninguno | Presente |

sobre los receptores en los ganglios básales y el hipotálamo. Al iniciar el uso de antipsicóticos o aumentar la dosis, con frecuencia, se observan **síntomas extrapiramidales (SEP),** como contracciones dolorosas de los músculos de cara, cuello y extremidades. Estos efectos se tratan con facilidad mediante fármacos anticolinérgicos como mesilato de benztropina o difenhidramina. Al emplear antipsicóticos también se Observan en ocasiones **efectos secundarios parkinsonianos** que simulan mal de Parkinson. Los pacientes presentan anormalidades de la marcha, cara inexpresiva y dificultad para iniciar movimientos.

La **acatisia** es una sensación subjetiva de inquietud que en ocasiones se manifiesta por comportamientos como "mover las piernas de manera incesante". Con frecuencia confundida con síntomas de ansiedad, la acatisia también ocurre durante el inicio de antipsicóticos y se trata de manera similar a los síntomas extrapiramidales. En muchos pacientes, los bloqueadores beta como el propranolol son más eficaces que los anticolinérgicos para este síntoma. El uso de neurolépticos a largo plazo causa **ginecomastia** (aumento de tamaño de la mama), como resultado del bloqueo de dopamina de las vías dopamínicas en el infundíbulo tubular que conduce a un aumento de la secreción de prolactina. La ginecomastia, la **galactorrea** (producción de leche en las mamas), la amenorrea y la disminución del impulso sexual son efectos secundarios comunes, como también el aumento de peso y la fotodermatitis.

El **síndrome neuroléptíco maligno (SNM)** es una reacción poco frecuente ante los neurolépticos, pero constituye una urgencia médica, ya que sin tratamiento conlleva una tasa de mortalidad hasta de 30%. Este síndrome suele ocurrir cuando se inicia o se aumenta la dosis de algún antipsicótico. Los síntomas incluyen fiebre con desequilibrio del sistema nervioso autónomo, mutismo y rigidez muscular. La elevación de los niveles de creatinfosfocinasa sérica (CPK) ayuda a confirmar el diagnóstico de SNM. El tratamiento consiste en dejar de usar los medicamentos antipsicóticos, administrar líquidos y proporcionar terapia de apoyo.

En contraste con otros efectos secundarios de los neurolépticos, se observa **discinesia tardía (DT)** tras la exposición acumulativa a los medicamentos, con frecuencia después de 10 a 20 años de tratamiento. A diferencia de otros efectos secundarios, la discinesia tardía es irreversible, aunque sigue un curso de aumento y disminución. De manera paradójica (y únicamente temporal) puede mejorar cuando se aumentan los neurolépticos. El movimiento anormal más común es la discinesia facial bucal. Las mujeres (en particular aquéllas en etapa posmenopáusica), algunos grupos étnicos y las personas de edad avanzada, aparentemente tienen más riesgo de desarrollar esta afección, desde seis meses después de iniciado el tratamiento. El mejor tratamiento para la discinesia tardía es la prevención. Como la exposición acumulativa a los neurolépticos determina la posibilidad de desarrollar discinesia tardía, se debe mantener a los pacientes con la dosis más baja posible de neuroléptico sin que se produzca recurrencia de la psicosis.

Muchos enfermos reciben medicamentos antipsicóticos, a menudo en los hospitales o asilos, y en ocasiones de manera inadecuada y estos sujetos (que con frecuencia tienen enfermedades médicas o son de edad avanzada), corren alto riesgo de presentar efectos secundarios. Los medicamentos antipsicóticos no son las únicas sustancias que ocasionan este tipo de efectos

secundarios. Muchos medicamentos contra la náusea tienen estructuras químicas relacionadas con los antipsicóticos. Es preciso examinar a quienes toman estos medicamentos de manera rutinaria para detectar síntomas de acatisia, síndrome neuroléptico maligno o mal de Parkinson y formularles preguntas al respecto.

Graciela T, una mujer de 36 años con insuficiencia renal, ingresó al hospital con deshidratación y desequilibrio de electrólitos. Durante el tercer día de estancia hospitalaria se observaba sumamente ansiosa y se le administraron dos dosis de diacepam por la tarde, pero la ansiedad no desapareció. La Srita. T comenzó a caminar de un extremo a otro del corredor y se quejaba de que, inclusive en la cama, le era imposible mantener sus piernas quietas. Cuando se solicitó una consulta al psiquiatra, éste observó que la paciente se había quejado de náusea al ingresar, por lo cual se le habían administrado dosis regulares de dos medicamentos antieméticos distintos durante sus tres días de estancia hospitalaria y sus síntomas correspondían a acatisia. Se le administró difenhidramina y la enferma manifestó un rápido alivio de la ansiedad y de la inquietud en menos de una hora.

### Tipos de neurolépticos

Los neurolépticos suelen clasificarse según su potencia (vea el cuadro 4-2).

### Guías para la prescripción de neurolépticos

- Prescriba neurolépticos para individuos que hayan obtenido beneficios de este tipo de fármacos en el pasado. Si se desconoce la respuesta anterior del paciente, la respuesta previa de algún miembro de su familia al neuroléptico puede ser de ayuda para predecir su eficacia.
- Elija un neuroléptico que produzca los efectos deseados y con perfil de efectos secundarios aceptable. Por ejemplo, un paciente joven con agitación que padezca esquizofrenia quizá se beneficie del alto nivel de sedación que se relaciona con medicamentos de baja potencia, como tioridacina, o clorpromacina, mientras que en un paciente de edad avanzada este mismo medicamento conlleva riesgo de caídas como resultado de la sedación excesiva y la baja presión arterial, y también de los efectos antipsicóticos secundarios.
- Eduque al paciente y a su familia sobre los efectos secundarios típicos, la manera de identificarlos en etapa temprana y qué hacer en caso de que aparezcan. Esto aumenta considerablemente la posibilidad de cumplir con el tratamiento.
- Se requiere una prueba de tres a seis semanas con dosis adecuadas, antes de iniciar algún cambio de dosis.
- No es aconsejable usar de manera simultánea dos o más neurolépticos de la misma clase.
- Siempre se debe intentar reducir la dosis tras la resolución de la fase aguda de la enfermedad. El riesgo de discinesia tardía se relaciona con las dosis acumulativas totales de antipsicóticos. Por lo tanto, se recomienda usar dosis de mantenimiento más bajas de neurolépticos después que se resuelva la fase aguda de la enfermedad. No es conveniente recurrir a dosis altas de antipsicóticos, porque los estudios no demuestran beneficios terapéuticos significativos, mientras que los riesgos de efectos secundarios a corto y a largo plazo sí se incrementan.
- La mayoría de los pacientes que padecen esquizofrenia requiere farmacoterapia de manera indefinida.

### Agentes antipsicóticos atípicos o novedosos

La **clozapina** es un nuevo antipsicótico que actúa bloqueando los receptores D2, D3, D4 y S2. Debido al efecto secundario poco frecuente pero potencialmente mortal de agranulocitosis, se requiere una biometría hemática semanal. La clozapina no se vincula con discinesia tardía y en ocasiones produce remisión en

**Cuadro 4-2. Clasificación de los neurolépticos por su potencia**

| | *Potencia* | | |
|---|---|---|---|
| | *Alta* | *Rango intermedio* | *Baja* |
| Ejemplo | Haloperidol | Perfenacina | Tioridacina |
| Incidencia de SEP | Alta | Moderada | Baja |
| Efectos anticolinérgicos | Baja | Moderada | Alta |
| Efectos sedantes | Baja | Moderada | Alta |

SEP, síntomas extrapiramidales.

pacientes psicóticos resistentes a otros tratamientos. La risperidona, la olanzapina y la quietapina son los antipsicóticos aprobados más recientemente por la FDA. Estos tres nuevos agentes antipsicóticos son tan eficaces como los más antiguos, producen menos efectos secundarios y constituyen un avance importante en el tratamiento médico de esta enfermedad.

## 2. PSICOTERAPIA

Aunque el uso de antipsicóticos constituye la base del tratamiento de la esquizofrenia, es tan sólo un aspecto del mismo. La combinación de psicoterapia y medicamentos es más eficaz que cualquiera de ellas por sí sola para reducir las recaídas en enfermos de esquizofrenia. Quienes padecen esquizofrenia se benefician de algún método de apoyo que los aliente a compartir sus preocupaciones sin la necesidad de intentar resolverlas o analizarlas. Se recomienda un enfoque en preocupaciones de la vida real (y prestar menos atención a fantasías complejas). Como estos pacientes son emotivamente "inestables" requieren preparación de antemano en caso de algún cambio o separación (p. ej., cuando el terapeuta toma vacaciones). Muchos se sienten aislados y desmoralizados, y para ellos la terapia de grupo sin duda será conveniente. Los programas de rehabilitación vocacional entrenan a los pacientes para desempeñar trabajos que les permitan funcionar con más confianza y seguridad en sí mismos.

Al Sr. Carlos W, de 39 años, se le diagnosticó esquizofrenia hace casi 20 años. Había estado hospitalizado de manera poco frecuente por episodios psicóticos y su afección se había estabilizado mediante medicamentos antipsicóticos. En las sesiones semanales de psicoterapia con un residente de psiquiatría, el Sr. W discutió su frustración con respecto a su enfermedad y el hecho de que le disgustaba tomar sus medicamentos. Tenía planes grandiosos de construir un láser para proyectar una enorme imagen holográfica sobre la ciudad donde vivía, y ya había comenzado a adquirir las partes necesarias para su proyecto.

Además, el Sr. W estaba convencido de que una mujer qué vivía en su edificio de apartamentos se interesaba románticamente en él, basándose en evidencia escasa (p. ej., "me saludó el día de hoy; creo que le gustaría que fuera su novio"). Tras varios meses de psicoterapia, el Sr. W logró convencerse más de que necesitaba tomar sus medicamentos y de que era necesario que desarrollara ideas más realistas para entablar amistades y relaciones románticas. El residente de psiquiatría también alentó al Sr. W a construir un láser a escala, para lo cual adquirió partes y planos en una tienda de electrónica de la localidad. El Sr. W derivó mucha satisfacción de este proyecto, el cual le permitió realmente proyectar un holograma encima de una mesa.

Los miembros de la familia quizá sufran tensiones crónicas por su rol de cuidar del paciente esquizofrénico. A menudo los miembros de la familia tienen ideas poco realistas sobre su pronóstico, es decir, están seguros de que alguien con mal pronóstico, se recuperará algún día en su totalidad. Se puede ayudar a los pacientes y a las familias a afrontar enfermedades crónicas. Numerosos estudios han demostrado que cuando se incluye a los miembros de la familia o a las personas significativas en el tratamiento de los enfermos de esquizofrenia, disminuye la tensión tanto del paciente como de su familia, y esto ejerce un efecto positivo en el curso de la enfermedad.

Raquel C, una mujer de 33 años de edad, presentó su primer ataque de psicosis cuando tenía 18 años. Su padres, ambos abogados, concedían importancia al nivel educativo y a los logros de su familia; sus tres hermanas eran todas profesionales o asistían a programas para graduados. La Srita. C era la hija menor y durante su primer año en una renombrada universidad tuvo que ser hospitalizada por presentar los primeros síntomas de esquizofrenia, incluyendo delirio, alucinaciones y pensamientos suicidas.

Numerosas pruebas con los antiguos agentes antipsicóticos no lograron producir mejoría notable de su afección y pasó gran parte de los siguientes 14 años viviendo en programas residenciales para personas con enfermedad mental, con un ingreso psiquiátrico anual promedio por exacerbaciones de su enfermedad. Posteriormente se le comenzó a tratar con clozapina. A las pocas semanas su afección mejoró en forma notable: podía concentrarse, sus pensamientos se organizaron y dejó de experimentar alucinaciones o sensaciones compulsivas.

Los padres de la Srita. C se sintieron emocionados cuando ella fue capaz de cambiarse a su propio apartamento dos meses después. La visitaban y la llamaban por teléfono con frecuencia señalando su entusiasmo y alivio por la recuperación de su "antigua hija" de manera espontánea, y con frecuencia la abrazaban y la besaban. También supusieron que le encantaría reanudar sus estudios universitarios, por lo que la inscribieron en cursos de verano en una universidad cercana. Además, se dedicaron a pensar cómo "podría recuperar el tiempo perdido" tomando un programa universitario acelerado por tres años sin interrupciones. Las protestas

de la Srita. C fueron ahogadas por el entusiasmo de sus padres.

Dos semanas después de iniciados los cursos universitarios, la Srita. C presentó agitación y delirio, y estaba convencida de que su familia había colocado dispositivos para espiarla en su cerebro y en su cuerpo con el fin de vigilar sus pensamientos y movimientos. Fue rehospitalizada y el equipo psiquiátrico a cargo de su caso siguió un método de aspectos múltiples, ajustando sus medicamentos y ofreciéndole terapia individual para ayudarla a recuperar la confianza en sí misma. También tuvieron varias sesiones con su familia para permitir a los padres expresar su tristeza y sentimientos de culpa e ira con respecto a la enfermedad de su hija, y enseñarles cómo ayudarla proporcionándole apoyo de manera menos intrusiva. La Srita. C efectuó rápidos progresos y logró vivir nuevamente de manera independiente un mes después participando en un programa de hospitalización parcial. Un año más tarde se inscribió en cursos universitarios y comenzó el proceso de completar su carrera, aunque a ritmo más lento.

La instrucción y los grupos de apoyo ayudan a evitar que el paciente se sienta "abrumado" y ejercen efectos benéficos sobre él. Algunos grupos, por ejemplo la *National Alliance of the Mentally Ill* (NAMI, Alianza Nacional de Personas con Enfermedades Mentales), actúan como grupos de apoyo y constituyen fuentes de información sobre servicios y tratamientos disponibles para los enfermos y sus familias. El control de la afección, la psicoterapia de apoyo, la rehabilitación psicosocial y ocupacional, los tratamientos familiares y una vivienda adecuada son todos aspectos clave del tratamiento de la esquizofrenia a largo plazo.

## IMPACTO DE LA ESQUIZOFRENIA EN LA SOCIEDAD

Quienes padecen esquizofrenia a menudo dependen de la nicotina y corren el riesgo de adquirir dependencia del alcohol o de las drogas, lo cual complica su tratamiento. Por ejemplo, el clínico debe estar consciente de las posibles interacciones de las medicinas con el alcohol; quienes dependen de sustancias tienen menos probabilidad de tomar los medicamentos prescritos y es más probable que falten a sus citas de seguimiento.

Las tasas de morbilidad y mortalidad en enfermos de esquizofrenia son mucho mayores que entre la población en general. La incidencia de depresión, uso de drogas y problemas médicos sin tratamiento en enfermos de este tipo es alta. Más de 30% de los esquizofrénicos intentan suicidarse en algún momento de su enfermedad, usualmente durante algún periodo de desmoralización o por la depresión concomitante de la comprensión de su incapacidad y las pérdidas que se derivan de padecerla. La incidencia vitalicia de suicidios completados en casos de esquizofrenia es de 10 a 15 %. Las personas que padecen esquizofrenia con frecuencia han "descendido" por la escalera socioeconómica y a menudo cuentan con acceso limitado a los recursos médicos y sociales, lo que empeora aún más su pronóstico.

Los patrones de cuidados de salud para pacientes con esquizofrenia han cambiado significativamente en las tres últimas décadas. Alentadas por el descubrimiento del primer neuroléptico en la década de 1950, la clorpromacina, las políticas públicas cambiaron para desinstitucionalizar a quienes padecen esquizofrenia y liberarlos de las instituciones mentales cerradas a la comunidad. Pero debido a las reducciones en fondos públicos para la salud y a la elevada incidencia de falta de cumplimiento con los medicamentos y con los cuidados de seguimiento, muchos pacientes no reciben el tratamiento normal anticipado en los centros de salud mental de la comunidad. En cualquier momento dado, 40% de los pacientes con esquizofrenia no se encuentra bajo tratamiento y 15 % de ellos nunca recibe ningún tipo de tratamiento en el curso de sus vidas.

Los enfermos de esquizofrenia son ingresados al hospital psiquiátrico como internos cada vez con mayor frecuencia y la posibilidad de reingreso en los dos años que siguen a algún ingreso previo es cercana a 50%. Quienes padecen esquizofrenia ocupan 25% de todas las camas de hospital en Estados Unidos anualmente y la mitad de todas las camas de salud mental. De 15 a 30% de los prisioneros y más de la tercera parte de la población sin hogar, padecen esquizofrenia. Las condiciones de sobrepoblación en áreas urbanas y en los niveles socioeconómicos inferiores de la sociedad, ocasionan que los individuos esquizofrénicos presenten una elevada incidencia de uso de sustancias, suicidio, alejamiento de sus familias, y enajenación de la sociedad considerada como un todo.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los sujetos con esquizofrenia con frecuencia provocan reacciones emotivas en quienes los rodean. Los médicos pueden sentirse confundidos, distantes desde el punto de vista emotivo, o enojados al interaccionar con este tipo de enfermos y muchos se distancian de los pacientes que padecen esquizofrenia. El uso del

término "esquizofrénico" confunde a la persona con la propia enfermedad y disminuye la percepción de que el individuo sufre de la enfermedad. Este nombre despectivo se aplica con frecuencia a los sujetos con trastornos psicóticos o de personalidad (p. ej., "anoche ingresamos a un esquizofrénico descontrolado"). Los sujetos con trastornos psicóticos a menudo generan ansiedad e incomodidad entre los proveedores de cuidados de salud, porque es muy difícil que éstos comprendan sus síntomas: delirio, alucinaciones, distanciamiento de la realidad. Este fenómeno se observa con mucha menor frecuencia en estados de depresión, manía o ansiedad, donde el paciente parece tener más en común con el médico y es probable que genere en él un sentido de empatía y comprensión.

Esteban R, un paciente de 46 años con antecedentes de esquizofrenia por 25 años, fue hospitalizado por una infección pulmonar grave. Su paranoia impidió el seguimiento médico en la comunidad pues él sólo cumplía parcialmente las prescripciones de antipsicóticos y antibióticos. Los especialistas de enfermedades infecciosas que te dieron tratamiento consideraron que la única esperanza razonable de supervivencia que tenía era una lobectomía para eliminar la fuente de infección. El Sr. R estuvo de acuerdo y aparentemente comprendió la operación que se le proponía; sin embargo, siguió estando ansioso y ligeramente paranoico.

Por ejemplo, se negaba a usar el baño de su habitación en el hospital y solía ir a fumar cigarrillos en áreas aisladas del mismo. Ponía la estática del televisor a todo volumen para bloquear las voces, pero se negaba a tomar antipsicóticos adicionales para tratar sus alucinaciones auditivas. Se le indicó que no ingiriera nada ocho horas antes de la intervención quirúrgica, y por lo tanto no se le dio de desayunar. Sin embargo, la mañana de su intervención, el Sr. R tomó el desayuno de su compañero de cuarto. El equipo quirúrgico montó en cólera y decidió darlo de alta.

La consulta psiquiátrica generó otro conjunto de opciones. El Sr. R se sintió alegre de recibir la visita del psiquiatra que lo trató como externo y le recomendó diacepam para aliviar su ansiedad. El Sr. R estuvo de acuerdo en someterse a la intervención y discutió con él sus temores a la cirugía (en particular el temor bastante frecuente de morir en el curso de la operación). Los cirujanos también tuvieron oportunidad de expresar su frustración sobre la ambivalencia del Sr. R y lo "raro que era". Finalmente se sometió a la intervención quirúrgica cuatro días después y se recuperó sin problemas.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LA ESQUIZOFRENIA

Los factores culturales influyen en la expresión de los síntomas y respuestas comunitarias ante todo tipo de trastornos psiquiátricos. Los asiáticos, latinoamericanos y africanos presentan mayor incidencia de alucinaciones visuales y es probable que los latinos reporten más alucinaciones y delirio con respecto a la religión y con frecuencia relatan alucinaciones que tienen que ver con Dios y los santos. El contenido del delirio también depende de factores culturales. De este modo, quienes padecen esquizofrenia pueden pensar que los sigue la CÍA cuando se hallan en Estados Unidos, la KGB en la antigua Unión Soviética o bien brujas o espíritus en naciones en desarrollo de África o Asia.

También es posible que se llegue a un diagnóstico erróneo por la interpretación incorrecta de los síntomas o las observaciones durante el examen de salud mental, por lo cual en todos los casos es necesario tomar en cuenta y comprobar los antecedentes culturales del paciente. A los afroamericanos y latinos de grupos socioeconómicos inferiores, que presentan depresión o manía complicada por rasgos psicóticos, a menudo se les diagnostica de manera errónea esquizofrenia. Con frecuencia se les prescribe medicamentos antipsicóticos en exceso y no se les administran los antidepresivos o estabilizadores del estado de ánimo que necesitan. A los afroamericanos que padecen esquizofrenia, a menudo se les prescriben elevadas dosis de antipsicóticos, lo que da lugar a más efectos secundarios y mayor riesgo a largo plazo de trastornos irreversibles de movimiento. Los pacientes de culturas que creen en la brujería y en las explicaciones sobrenaturales, también corren el riesgo de que se les diagnostique esquizofrenia erróneamente.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

El cuidado de enfermos de esquizofrenia incluye diversos dilemas de tipo ético y legal; por ejemplo, la necesidad de hospitalización involuntaria y el hecho de que estos sujetos en ocasiones carecen de la capacidad necesaria para dar su consentimiento informado para recibir medicamentos, ser sometidos a protocolos de investigación, o tener tratamiento médico.

### Hospitalización involuntaria

Los sujetos psicóticos pueden estar sumamente desorganizados, presentar comportamiento alterador, inclinaciones suicidas o comportamientos peligrosos.

En muchos estados se permite retenerlos para evaluación psiquiátrica por varios días, a discreción del trabajador de salud (que puede ser una trabajadora social, un psicólogo o un psiquiatra). Estas restricciones se ponen en marcha en casos de "riesgo para la propia persona" (potencial de suicidio), "riesgo para otros" (ideas homicidas) o "incapacidad grave" (la cual se define como incapacidad para procurarse sus propios alimentos, ropa, o un sitio donde vivir). La retención psiquiátrica a menudo puede prolongarse tras una revisión judicial.

### Tratamiento involuntario con medicamentos

Algunos estados establecen la diferencia entre las bases para la hospitalización involuntaria y la competencia para negarse a recibir tratamiento. En estas circunstancias, quienes son capaces de explicar los riesgos y beneficios de usar medicamentos antipsicóticos contra los de no usarlos, no pueden ser obligados desde el punto de vista legal a tomar medicamentos en contra de su voluntad, aunque se les haya retenido en el hospital por la fuerza. Se hacen excepciones para sujetos sumamente agitados, suicidas, o agresivos. Algunos profesionales de salud mental y grupos defensores, sugieren que esta nueva ley permite obtener mejor consentimiento informado y más comunicación entre los pacientes y los médicos. Otros psiquiatras argumentan que el hecho de impedirles tratar a pacientes con medicamentos que a menudo proporcionan un alivio traumático de alucinaciones, paranoia y pensamientos desorganizados, equivale a atarlos de manos.

### Consentimiento informado en medios de investigación

El desarrollo y la prueba de nuevos medicamentos contra la esquizofrenia da lugar a aspectos éticos difíciles. En cierto caso se efectuaron pruebas de un nuevo antipsicótico en un centro de investigación universitario. Una familia ayudó a su hijo a decidir si entrar o no a una prueba experimental. Meses después la familia del enfermo protestó que ni a ellos ni su hijo, quien padecía esquizofrenia, se les había indicado que una fase de tratamiento consistía en sustituir un placebo por el medicamento. Durante la primera fase de la prueba, el nuevo medicamento redujo en forma considerable el delirio del paciente, pero éste experimentó una rápida recaída cuando se le dejó de administrar el antipsicótico. ¿Qué cuidados es necesario tener en cuenta cuando en la investigación participan pacientes con esquizofrenia? ¿Surgen problemas potenciales cuando se pide a los miembros de la familia su consentimiento para el tratamiento en caso de que el criterio del paciente se vea alterado por la psicosis? ¿Cómo probar de manera eficaz los nuevos medicamentos sin emplear pruebas en condiciones "doble ciego"?

### Tratamiento médico

Los enfermos de esquizofrenia probablemente estén menos conectados con la realidad y presenten pensamiento ilusivo, ambivalencia, o pensamientos desorganizados. Esto reduce su capacidad para sopesar las opciones médicas. La presencia de delirio o alucinaciones no implica de manera automática que el enfermo no sea capaz de decidir racionalmente qué tratamiento médico le conviene, aunque si bien es cierto que complica más la situación. Además, la hospitalización psiquiátrica involuntaria no implica la anulación del derecho del paciente a recibir tratamiento; una retención psiquiátrica no implica que el individuo sea incompetente para decidir con respecto al tratamiento médico. Considere el siguiente caso relatado por el Dr. James Strain:

> Cierto paciente tenía prolongados antecedentes de esquizofrenia: presentaba periodos intermitentes de psicosis, pero cuando funcionaba bien, era bastante lúcido y era aficionado a la pintura. Cierto día sus pinturas fueron "descubiertas" y causaron sensación de la noche a la mañana en el ambiente artístico de la ciudad. Los drásticos cambios producidos por su éxito inesperado incluyeron varias apariciones en público en diversas exhibiciones de sus obras artísticas en sitios destacados. La tensión que le produjo el éxito le ocasionó un episodio de psicosis, durante el cual escuchó voces que le ordenaban cortarse la mano (la que usaba para pintar). En su estado psicótico, él había desarrollado la creencia de que su mano era "mala". El paciente llegó a la sala de urgencias de un hospital cercano en estado agitado, con hemorragia y en estado de choque, llevando consigo una bolsa de papel que contenía su mano cortada. Antes de que le pusieran restricciones, le aplicaran sedantes y quedara inconsciente, el paciente gritó "¡no me vayan a coser la mano de nuevo!"
>
> El cirujano y el anestesiólogo consideraron que estaba contraindicado efectuar la unión quirúrgica de la mano del paciente, dada su negativa a proporcionar su consentimiento informado, y teniendo en cuenta que había expresado su deseo de no someterse a esa operación. Además estaban preocupados por la posible demanda en caso de desobedecer sus deseos. Pero el psiquiatra de turno argumentó que en estado psicótico era probable que el paciente experimentara

suma ambivalencia con respecto a sus deseos, y como evidencia citó el hecho de que había traído consigo la mano cortada a la sala de urgencias.

Se efectuó la intervención para volver a unir la mano al brazo y se logró funcionalidad total. Después del tratamiento con antipsicóticos, el pintor expresó su gratitud a los médicos por haber llevado a cabo la operación.

Estos aspectos dan lugar a preocupaciones con respecto a la autonomía del individuo y el principio médico de beneficio. Es posible diferenciar entre los deseos de una persona en estado psicótico en comparación con lo que ese individuo desearía si pudiera pensar con claridad. Si se respeta la autonomía del paciente, ¿cómo conciliar deseos opuestos en sujetos que experimentan ambivalencia sobre su voluntad? ¿En qué momento (si es que lo hay) las necesidades especiales del paciente psiquiátrico llegan a ser "abrumadoras" para el sistema? Y ¿en qué momento (si es que lo hay) debe ponerse el médico a favor del sistema de cuidados de salud en vez de ponerse de parte del paciente?

## CONCLUSION

La esquizofrenia es una afección que dura toda la vida. Los síntomas comunes incluyen alucinaciones, paranoia, delirio, ensimismamiento social y cambios de la personalidad. Cuando un sujeto presenta síntomas psicóticos, siempre es necesario descartar las causas médicas. Los medicamentos y la psicoterapia ayudan al alivio de los síntomas, pero aún no se dispone de una cura. Los médicos que tratan a enfermos de esquizofrenia deben estar conscientes de las fuertes reacciones emotivas y los aspectos éticos y legales que suelen complicar su cuidado. La búsqueda de la causa definitiva de la esquizofrenia y un tratamiento para la misma sigue siendo uno de los principales retos y metas por alcanzar para la psiquiatría moderna.

## REFERENCIAS


Andreasen NC: *The Broken Brain.* Harper & Row, 1984.

Carpenter WT: Maintenance therapy of persons with schizophrenia. J Clin Psychiatr 1996;57(Suppl No. 9): 10.

Carpenter WT Jr, Schooler NR, Kane J: The rationale and ethics of medication-free research in schizophrenia. Arch Gen Psychiatr 1997,54:401.

Green MF: What are the functional consequences of cognitive impairment in schizophrenia? Am J Psychiatr 1996;153:321.

Johnstone EC, McMillan JF, Frith CD, Benn DK, Crow TJ: Further investigation of the predictors of outcome following first schizophrenic episodes. Br J Psychiatr 1990; 157:182.

Jones PB, Guth C, Lewis SW, Murray RM: Low intelligence and poor educational achievement precede early onset schizophrenic psychosis. In: *The Neuropsychology of Schizophrenia.* David AS, Cutting JC (editors). Erlbaum Associates, 1994.

Keck PE, McElroy SL: The new antipsychotics and their therapeutic potential. Psychiatr Ann 1997;27(5):320.

National Alliance for the Mentally 111. http://www.nami.org/

Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatr 1997; 154(Suppl):4.

Rupp A, Keith SJ: The costs of schizophrenia: assessing the burden. Psychiatr Clin N Am 1993;16:413.

Schiller L, Bennett A. *The Quiet Room.* Warner Books, 1994.

Sheehan S. *Is There on Earth No Place for Me?* Houghton-Mifflin, 1982.

Shriqui CL, Nasrallah HA (editors): *Contemporary Issues in the Treatment of Schizophrenia.* American Psychiatric Press, 1995.

Torrey EF: *Surviving Schizophrenia: A Manual for Families, Consumers, and Providers,* 3rd ed. Harper Perennial, 1995.

Vaddadi K: Stress of caregiving for the chronically mentally mil. Psychiatr Ann 1996;26( 12):766.

# 5 Trastornos del estado de ánimo: trastornos depresivos

*David Elkin, MD, Louann Brizendine, MD, Adriana Feder, MD y Sheldon Vile, MD*

La mayoría de las personas experimenta gran diversidad de estados de ánimo en un periodo dado (que puede ser de horas o semanas). Los individuos que padecen trastornos depresivos experimentan tristeza persistente y otros síntomas que dan lugar a pensamientos pesimistas y afectados, lo que a su vez los lleva a tomar malas decisiones y empeorar las circunstancias de su vida.

Los trastornos depresivos son los trastornos psiquiátricos más frecuentes y ocasionan elevadas cargas económicas para la sociedad y sufrimiento emotivo para los pacientes afectados. Los síntomas clave incluyen modificaciones del sueño, peso y apetito, estado de ánimo deprimido y pensamientos pesimistas. Los trastornos depresivos tienen sus raíces en factores biológicos, psicológicos y sociales, pueden manifestarse a través de diversas presentaciones clínicas y siempre es necesario descartar las enfermedades médicas que simulan la depresión antes de diagnosticarlos de manera conclusiva. Las variantes de los trastornos depresivos incluyen formas menores, agudas o crónicas y la psicoterapia y los medicamentos constituyen un tratamiento eficaz en la mayoría de los casos. A pesar de la prevalencia de los trastornos depresivos (en particular en el entorno médico) y la elevada tasa de respuesta al tratamiento, es frecuente que sean subdiagnosticados y subtratados. Al cuidar de pacientes con trastornos depresivos también surgen aspectos delicados de tipo ético y legal.

Las dos principales categorías de trastornos del estado de ánimo son **trastornos depresivos** y **trastorno bipolar** (que anteriormente se denominaba **trastorno bipolar afectivo,** o **trastorno maniaco-depresivo).** Los trastornos del estado de ánimo se llaman también **trastornos afectivos.** Los sujetos que sufren uno o más episodios depresivos presentan **trastorno depresivo grave (o depresión unipolar).** Los individuos que presentan uno o más episodios padecen **depresión recurrente.** En ocasiones los trastornos depresivos se complican por ansiedad o quejas de insomnio. Las personas que padecen depresión mayor también pueden presentar síntomas psicóticos. Cuando el individuo experimenta episodios de estado de ánimo elevado (manía) y episodios de depresión padece **trastorno bipolar.**

Otros trastornos depresivos incluyen trastorno distímico y trastorno de adaptación y duelo. El **trastorno distímico** o **distimia** es una forma más leve pero crónica de depresión que persiste durante toda la vida adulta del afectado. Los pacientes que reaccionan ante alguna circunstancia tensionante de la vida con síntomas leves de ansiedad y depresión que duran menos de seis meses presentan un **trastorno de adaptación.** **El duelo** se refiere de manera específica a la respuesta psicológica ante la pérdida o muerte de alguna persona significativa para el paciente; igual que el trastorno de adaptación, es un fenómeno de duración limitada para la mayoría de las personas. En la figura 5-1 se compara la duración y gravedad del trastorno de adaptación, el trastorno distímico y la depresión mayor.

## DEPRESION MAYOR: CARACTERISTICAS CLINICAS

### INCIDENCIA

La depresión mayor ha sido bien estudiada en la población en general, en la cual la depresión es notablemente frecuente. La prevalencia anual de depresión es de 10%. La prevalencia durante toda la vida (la posibilidad de que cualquier individuo presente un episodio de depresión mayor) es de 25 % para las mujeres y de 15% para los varones.

La incidencia de depresión es aún más alta en el medio de cuidados primarios. Muchas personas deprimidas presentan aumento de morbilidad y mortalidad por otras enfermedades, además de quejas físicas que se deben a sufrimiento emotivo. Se ha detectado depresión en 12 a 36% de quienes reciben atención como externos en las clínicas médicas y hasta en 40 % de los

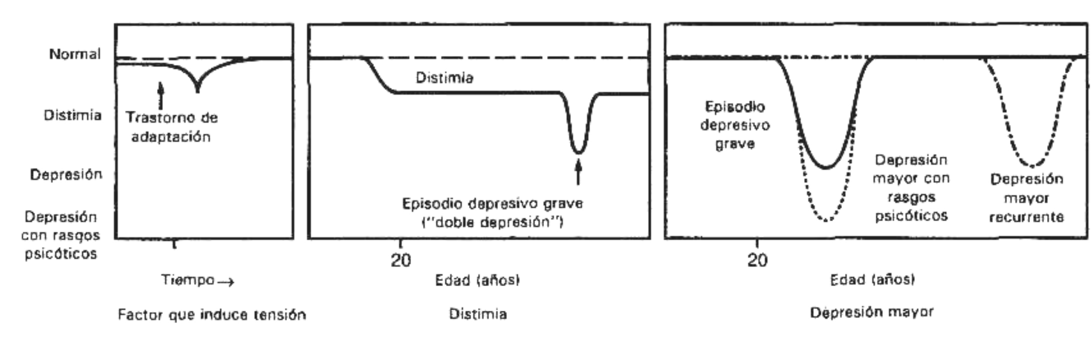



**Fig. 5-1.** Duración y gravedad de los trastornos depresivos. El trastorno de adaptación es un síndrome común de duración limitada de sufrimiento psicológico que se produce tras alguna tensión importante de la vida. El trastorno de adaptación se presenta con síntomas más leves que la depresión mayor y dura menos de seis meses. La distimia es un trastorno depresivo más leve, pero de tipo más crónico que dura la mayoría de la vida adulta del paciente. Por su cronicidad, el trastorno distímico a menudo ejerce efectos profundos en el nivel de funcionamiento del paciente y en su identidad. Menos de la mitad de quienes padecen depresión mayor presenta únicamente un episodio; más de la mitad suele presentar episodios recurrentes. En la mayoría de los casos los pacientes regresan a su funcionamiento basal entre uno y otro episodio.

que acuden a clínicas similares en el medio de salud público urbano. La gran mayoría de quienes padecen depresión solicita ayuda de los médicos de cuidados primarios y probablemente no recurra a profesionales de salud mental ni a otros miembros de su familia para solicitar ayuda por sentimientos de vergüenza, culpa y pena. Desafortunadamente, los proveedores de cuidados primarios detectan la depresión (y otros trastornos psiquiátricos) en menos de la mitad de todos los casos. Algunos pacientes reciben tratamiento inadecuado y otros instrucción inadecuada sobre medicamentos antidepresivos, lo cual interfiere con su cumplimiento del plan de tratamiento. Sólo de 5 a 10% de las personas que presentan depresión reciben cuidados adecuados en el curso de sus vidas.

Como es de esperarse, la depresión es más frecuente entre personas que carecen de relaciones personales cercanas y entre divorciados o separados. No existe una correlación notoria entre el nivel socioeconómico y la depresión.

El costo de la depresión para la sociedad es elevado, pues ocasiona más discapacidad que las enfermedades pulmonares o la diabetes. Sólo las enfermedades cardiacas dan lugar a más disfunción. El costo directo del tratamiento de la depresión es aproximadamente de 12 000 millones de dólares al año. Se generan costos adicionales de 23 000 millones de dólares a consecuencia de ausentismo y muerte prematura por suicidio, y el empeoramiento de otras afecciones médicas tiene un costo estimado de 8 000 millones al año.

Estos costos financieros no deben opacar el costo emotivo de la depresión, tanto para los pacientes como para sus familias. Debido a que la naturaleza del sufrimiento psicológico es diferente de las manifestaciones físicas de la enfermedad, a menudo el dolor que experimenta el paciente deprimido no es apreciado por sus familiares, sus amistades o el médico.

## CAUSAS

La depresión se clasificaba anteriormente como reactiva ante una tensión externa o **endógena,** de causa exclusivamente biológica. Se ha dejado de utilizar esta clasificación debido a los sesgos en los reportes de los pacientes (quienes, o bien restan importancia a lo que tensa, o bien exageran) y también porque la confluencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales que contribuyen al inicio, preservación y recuperación-de los estados de depresión se comprende mejor en la actualidad.

### Factores biológicos

**A. Aminas biógenas.** Parece que los trastornos del estado de ánimo se relacionan con un desequilibrio heterogéneo de las aminas biógenas. La disminución de los niveles de dos de estos neurotransmisores (noradrenalina y serotonina) con frecuencia se encuentra implicada en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo.

**B. Regulación neuroendocrina.** Entre los pacientes con depresión suelen observarse anormalidades del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal. El hipotiroidismo en ocasiones se manifiesta como síndrome depresivo. Las investigaciones demuestran que el hipercortisolismo es común en los pacientes deprimidos. Por lo tanto, aproximadamente la mitad de los deprimidos no presenta una respuesta normal de supresión de cortisol ante una dosis única de dexametasona.

Esta prueba no es de utilidad diagnóstica, ni se efectúa rutinariamente por las elevadas tasas de resultados falsos tanto positivos como negativos.

**C. Anormalidades neurofisiológicas.** Los lóbulos prefrontal y frontal de la mayoría de los sujetos deprimidos parecen presentar hipoactividad en comparación con controles normales. El grado de actividad anormal se correlaciona de manera burda con la gravedad del episodio depresivo. También se observan anormalidades sutiles de reducción del volumen del lóbulo temporal y área prefrontal, junto con pequeñas anormalidades ocasionales en la sustancia blanca, en particular en personas de edad avanzada.

**D. Anormalidades del sueño.** La privación de sueño o la alteración de los ritmos circadianos por trabajar en distintos turnos o por viajar en avión por diferentes husos horarios conduce a cambios del estado de ánimo y a otros síntomas de depresión. La depresión se vincula con insomnio o hipersomnio (cantidad de sueño insuficiente o excesiva, respectivamente) y a disminución del periodo de sueño MOR. Las personas que presentan insomnio por más de dos semanas sin evidenciar otros síntomas de depresión, corren mayor riesgo de sufrir algún episodio de depresión mayor. Es poco claro si el sueño es un factor causal o un marcador de la depresión.

**E. Luz solar.** Algunos pacientes que presentan trastornos depresivos y trastorno bipolar observan que su depresión empeora durante los meses de invierno, cuando la exposición total a la luz solar disminuye.

## Factores genéticos

Estudios realizados en gemelos, en hijos adoptivos y en familias demuestran que algunos pacientes tienen predisposición genética a sufrir trastornos depresivos graves. La posibilidad de presentar algún trastorno del estado de ánimo entre parientes de primer grado es mayor, en comparación con los parientes de segundo grado. Las personas que manifiestan la enfermedad en etapas tempranas (que experimentan su primer episodio depresivo antes de los 40 años) tienen mayores factores de riesgo familiar que los que experimentan la enfermedad a edad mayor.

## Factores psicosociales

**A. Acontecimientos de la vida y tensiones del entorno.** Los sucesos tensionantes de la vida a menudo preceden a los primeros episodios de trastornos del estado de ánimo, en comparación con los episodios subsecuentes. La pérdida de algunos de los padres antes de los 11 años es el suceso de la vida que más se vincula con el desarrollo posterior de depresión. La pérdida del cónyuge es la tensión del entorno que se relaciona con mayor frecuencia con el inicio de un episodio de depresión. Otros factores de predisposición incluyen falta de buen apoyo social, experimentar acontecimientos adversos o traumas incontrolables y enfermedades físicas.

**B. Factores psicoanalíticos y psicodinámicos.** Diversas teorías postulan que existen diversos factores que conducen a autoestima baja y depresión, entre ellos alguna pérdida o amenaza de pérdida durante la niñez, la incapacidad para expresar la ira y, en consecuencia, desahogo de la ira contra uno mismo, las discrepancias entre los ideales del sujeto y la realidad, y las privaciones infantiles.

**C. Impotencia aprendida.** La teoría de la impotencia aprendida considera que la depresión es resultado de que la persona percibe su falta de control sobre su vida o su entorno. Los experimentos demuestran que al exponer animales de manera repetida a choques eléctricos que no pueden evitar tarde o temprano se dan por vencidos y dejan de luchar por escapar de los futuros choques. Muchos pacientes deprimidos consideran que tienen muy poco control sobre su vida y que se encuentran a merced de otras personas o situaciones. Según esta teoría es posible que la depresión mejore si el clínico ayuda al individuo a lograr cierto sentido de control y dirección dentro de su entorno.

**D. Teoría cognoscitiva.** Esta teoría considera que la depresión es un trastorno del pensamiento. Las personas deprimidas suelen ser muy pesimistas y a menudo se consideran a sí mismas de manera negativa y autodestructiva. La teoría cognoscitiva postula que estos pensamientos negativos conducen a un estado de ánimo deprimido y a los demás síntomas de la depresión. El clínico puede ayudar al paciente a reconsiderar y controlar estos pensamientos negativos.

Alicia G, una asistente legal de 45 años, se presentó para un examen inicial en la clínica familiar de externos, indicando que no estaba contenta con su anterior médico de cuidados primarios. Los expedientes enviados de la otra clínica revelaron un número cada vez mayor de visitas por diversos problemas de salud en el último año. Las quejas de la Srita. G incluían fatiga y dolores difusos de espalda, articulaciones y abdomen. Su apetito había disminuido y había bajado nueve kilogramos. El médico anterior de la Srita. G no logró encontrar una base física para sus síntomas y había escrito en una de sus notas: "La paciente se encuentra ansiosa y con apariencia histérica e hipocondriaca". No obstante, no solicitó una consulta psiquiátrica, ni la envió al especialista. Un mes antes le había prescrito diacepam (una benzodiacepina que se emplea para reducir la ansiedad) y la Srita. G observó al respecto "Me ayuda a preocuparme menos, pero aún sigo con todos mis demás problemas".

El nuevo médico de la Srita. G le preguntó qué era lo que le preocupaba. Ella a su vez le preguntó, "¿cree usted que pueda tener cáncer?" Se le llenaron los ojos de lágrimas y procedió a explicar que su madre y su esposo habían muerto ambos de cáncer el año anterior. Ella cada vez pensaba más acerca de la muerte y del hecho de morirse y esto la aterraba, Se sentía intranquila porque había sufrido una degradación reciente en el empleo: "siempre estuve orgullosa de mi desempeño en el trabajo, pero ya no pienso con la misma claridad que antes". El médico efectuó una breve investigación de otros síntomas de depresión y la Srita. G admitió que padecía anhedonía, insomnio e impotencia, pero que nunca había pensado en suicidarse. Su hermana y su madre tenían antecedentes de depresión.

Las pruebas recientes de la tiroides y para detectar otros problemas médicos arrojaron resultados negativos y el examen físico de la Srita. G no sugirió ninguna enfermedad. El médico le explicó que sus síntomas probablemente eran resultado de la depresión y le prescribió un antidepresivo; le dio instrucciones para ir reduciendo la dosis del diacepam y dedicó 15 minutos a alentarla a tener una juntaron una trabajadora social para que la enviara al grupo de depresión y duelo de la clínica. La Srita. G se mostró escéptica, pero siguió esas recomendaciones. En su cita de seguimiento, seis semanas después, había aumentado de peso, tenía apariencia más enérgica y se sentía muy contenta de que sus problemas físicos hubiesen desaparecido.

**Discusión.** Los trastornos depresivos son comunes en el medio clínico, pero a menudo se diagnostican de manera errónea. En el caso de la Srita. G se logró un buen resultado, aunque una intervención adecuada en algún momento anterior le hubiese ahorrado meses de sufrimiento emotivo y quizá hubiera evitado que se produjese su descenso de categoría en el trabajo. El ahorro en visitas futuras a la clínica y pruebas innecesarias constituye justificación económica suficiente para los 15 minutos adicionales que el nuevo médico dedicó a tomar en cuenta su depresión.

## CURSO DE LA DEPRESION

Los antecedentes naturales de episodios depresivos mayores son bien conocidos y se mencionan en los registros de pacientes antes que se contara con un tratamiento eficaz, en la década de 1950, y también se observan en las historias clínicas de personas cuyo tratamiento se retrasa varios años. La depresión mayor se produce de manera episódica en la mayoría de los casos y sus síntomas desaparecen y el estado de ánimo y el funcionamiento se hacen normales o casi normales entre episodios. El episodio de depresión promedio dura de siete a 14 meses, aunque persiste más de dos años hasta en 20% de los sujetos deprimidos.

En general, las personas deprimidas siguen alguna de las tres posibles "trayectorias" que se describen a continuación. Casi en la mitad de todos los casos, el episodio de depresión mayor sólo se produce una vez en la vida del paciente. Por lo menos la mitad de los individuos que presentan algún episodio de depresión mayor experimenta otros episodios de depresión adicionales. De 15 a 20% de todos los individuos deprimidos presentan depresión crónica, más que episódica; es decir, sin tratamiento su depresión no desaparece más que por breves momentos.

Numerosos estudios documentan altos niveles de morbilidad y mortalidad entre los sujetos deprimidos. La depresión se relaciona de manera cercana con intentos de suicidio y suicidio exitoso. Aproximadamente 80% de las víctimas de suicidio tiene antecedentes congruentes con depresión. De los pacientes con depresión moderada a grave, 15 % cometen suicidios y muchos más realizan intentos. La gravedad de los episodios depresivos se correlaciona con el incremento en los intentos de suicidio y la tasa de suicidios exitosos, la cual fue hasta de 60% en cierto estudio en pacientes gravemente deprimidos.

## VALORACION DIAGNOSTICA

### 1. SIGNOS Y SINTOMAS

Con frecuencia se observan los siguientes síntomas en los pacientes deprimidos:

- depresión del estado de ánimo (sensación de tristeza abrumadora) o signos de tristeza evidentes para otras personas (p. ej. ojos llorosos),
- **anhedonia** (pérdida del placer y el interés en actividades que el paciente disfrutaba previamente),
- insomnio o hipersomnio,
- perturbación del apetito y del peso (los cuales aumentan o disminuyen),
- disminución de energía **(anergia)** y sensación de fatiga o letargo
- leve alteración cognoscitiva de concentración, memoria a corto plazo y capacidad para tomar decisiones,
- aislamiento social,
- disminución de la libido (disminución del impulso sexual),

- síntomas y pensamientos generalizados de culpa, vergüenza o pesimismo,
- pensamientos frecuentes sobre la muerte o el suicidio.

El *DSM-IV* especifica que para diagnosticar la depresión es necesario que estén presentes cinco o más de los síntomas mencionados por lo menos durante dos semanas. Además, uno de los cinco síntomas debe ser ya sea el estado de ánimo deprimido o la anhedonía. El clínico también debe estar alerta ante los siguientes síntomas:

- síntomas de ansiedad, como sensación de inquietud, preocupación o enojo,
- quejas somáticas de dolores leves o graves de tipo difuso y ambiguo,
- síntomas psicóticos, incluyendo alucinaciones auditivas y visuales, ilusiones y paranoia,
- hipersensibilidad al rechazo,
- comportamiento de toma de riesgos excesivos,
- rumiar y pensar las cosas de manera obsesiva.

En dos terceras partes de los individuos deprimidos se observan síntomas de ansiedad, como preocupación e irritabilidad. La depresión mayor con síntomas psicóticos puede manifestarse con síntomas psicóticos que van desde sutiles hasta declarados. La presencia de ansiedad y el hecho de rumiar los pensamientos y los síntomas psicóticos aumentan la posibilidad de que el deprimido intente suicidarse.

## 2. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

A continuación se clasifican las observaciones importantes en el examen del estado mental del paciente deprimido. Dichas observaciones suelen correlacionarse con la gravedad del episodio de depresión.

**A. Apariencia y comportamiento.** El paciente deprimido puede estar bien vestido y arreglado o, al contrario, verse desarreglado y con poca higiene. La postura y la marcha son normales o quizá se vea desgarbado y con movimientos lentos, respectivamente. Su apariencia corresponde a su edad o se verá mayor. En ocasiones, se ve delgado, frágil o demacrado y en otros casos es obeso. Las expresiones faciales son usualmente tristes, o a veces se observa una faz inexpresiva. A menudo, el contacto visual es anormal, con los ojos dirigidos hacia abajo o manteniendo la mirada fija y efectuando sólo contacto intermitente con el examinador.

Los movimientos lentos son frecuentes, pero en ocasiones la persona presenta depresión con "agitación". En ciertos casos se observan manerismos específicos, como estrujarse las manos, jalarse el pelo o enroscárselo, morderse las uñas, caminar de uno a otro lado de la habitación, o quejarse y suspirar en casos de depresión agitada. El paciente suele cooperar con el entrevistador, pero en ocasiones indica que cree que nadie puede ayudarlo.

**B. Lenguaje.** La persona a menudo habla con lentitud y quizá susurre, murmure, o hable en forma monótona. Cualquier dificultad de comprensión del lenguaje debe anotarse, ya que esta anormalidad puede indicar la presencia de lesiones cerebrales.

**C. Emociones.** En general, el paciente manifiesta estado de ánimo triste, deprimido o desalentado, impotencia, culpa, odio hacia sí mismo, o sensación de vacío. Su tono emotivo no mejora, aunque esté hablando de sus cosas favoritas (esto se llama **efecto de constricción),** o quizá estalle en lágrimas por ningún motivo aparente (lo que se denomina **efecto lábil).**

**D. Procesos de pensamiento.** Los procesos de pensamiento de la persona suelen parecer lógicos y orientados hacia una meta. Quizá su velocidad y su flujo de ideas sean más lentos de lo normal, o indiquen que su mente "está vacía de pensamientos". Los pacientes deprimidos a menudo piensan de manera obsesiva en alguna circunstancia, persona o preocupación específica, incapaces de desplazar sus pensamientos hacia otro tema.

**E. Contenido del pensamiento del paciente.** Los pacientes deprimidos suelen tener una opinión poco realista y denigrante de sí mismos. Sus pensamientos e ideas a menudo incluyen preocupación de ser malos o culpables. Otras preocupaciones comunes son la muerte, el hecho de morir, o las enfermedades corporales, inclusive hasta el grado de delirio. En casos de depresión mayor, las personas desarrollan síntomas psicóticos. El signo más temprano es que la persona escucha que alguien dice su nombre y al darse vuelta ve que no hay nadie. Las alucinaciones auditivas son más frecuentes en casos avanzados de depresión mayor con rasgos psicóticos; muchos escuchan las voces de otras personas haciendo comentarios de menosprecio sobre ellos. A veces se desarrolla paranoia y el pensamiento ilusorio a menudo se centra en torno a la supuesta culpa del paciente. La grandiosidad y las distorsiones sensoriales y perceptuales son poco frecuentes en casos de depresión. A veces los individuos deprimidos tienen pensamientos suicidas, por lo cual este tema debe explorarse a fondo (véase el cap. 14).

**F. Criterio y comprensión.** Los sujetos deprimidos a menudo presentan un criterio afectado como resultado de sus pensamientos distorsionados. Su comprensión varía de mala a buena; algunos enfermos están conscientes de que la depresión influye en sus pensamientos, pero con el tiempo y la gravedad es probable que pierdan la comprensión.

**G. Examen cognoscitivo.** Los pacientes deprimidos se encuentran alerta y orientados hacia las

personas, el sitio y el tiempo. Sin embargo, como a veces se sienten abrumados por sus emociones, quizá tengan problemas para concentrarse. Como resultado se les dificultan algunas tareas cognoscitivas y su memoria inmediata y reciente con frecuencia se encontrará afectada. En contraste con la demencia, su desarrollo suele mejorar al ser alentados por el entrevistador. Los sujetos deprimidos de inteligencia normal suelen ser capaces de proporcionar respuestas abstractas a los proverbios y detectan similitudes.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Si el paciente presenta síntomas de depresión, el clínico debe descartar en primer lugar las causas médicas, la depresión inducida por drogas y otros trastornos psiquiátricos antes de diagnosticarle depresión mayor.

### 1. EXCLUSION DE LAS CAUSAS MEDICAS DE LA DEPRESION

Los síntomas que sugieren depresión, incluyendo pérdida de peso, dificultad para concentrarse y pérdida de la memoria, en ocasiones se derivan de diversas afecciones clínicas. Los antecedentes médicos del paciente y la presencia de difusión cognoscitiva grave o de examen físico anormal (p. ej., alopecia, cambios de la piel, respuesta lenta en los reflejos tendinosos profundos en casos de hipotiroidismo) sugieren una simulación clínica de la depresión. Las siguientes afecciones clínicas producen depresión y deben descartarse para realizar un diagnóstico preciso de la depresión mayor:

- enfermedades infecciosas: neumonía, hepatitis y mononucleosis son las más frecuentes; otras causas potenciales son meningitis, HIV y enfermedad de Lyme;
- enfermedades cardiovasculares: infarto del miocardio (ataque cardiaco), arritmias e insuficiencia cardiaca congestiva;
- cánceres: tumores del SNC, del aparato digestivo o del páncreas; leucemia, enfermedad de Hodgkin;
- enfermedades del SNC: ataque de apoplejía, lesiones craneales, hidrocefalia con presión normal;
- trastornos endocrinos: trastornos del hipotálamo, pituitaria, tiroides, gónadas y suprarrenales;
- enfermedades sistémicas: deficiencias nutricionales, anemia y enfermedades autoinmunitarias como lupus, esclerosis múltiple y porfiria intermitente aguda;
- otras afecciones médicas: corea de Huntington, enfermedad de Pick, demencia de Alzheimer y demencia por infartos múltiples.

El clínico lleva a cabo u ordena un examen físico completo del paciente, y una investigación completa de laboratorio que incluya las siguientes pruebas.

- biometría hemática rutinaria determinando recuento sanguíneo completo, electrólitos séricos, calcio, bilirrubina, amilasa, deficiencias vitamínicas, pruebas del funcionamiento hepático, albúminas y proteínas totales;
- pruebas del funcionamiento de la tiroides (en particular, TSH);
- prueba de reagina plasmática rápida (RPR) para descartar sífilis;
- prueba de **HIV;**
- detección toxicológica para descartar uso de drogas;
- detección de metales pesados;
- electrocardiograma (ECG), si está indicado;
- TC o RM de cráneo y electroencefalograma (EEG), si está indicado.

### 2. EXCLUSION DE DEPRESION INDUCIDA POR MEDICAMENTOS

Los medicamentos que comúnmente causan depresión incluyen esteroides, metildopa, anticonceptivos orales y benzodiacepinas. Datos recientes sugieren que los bloqueadores beta no son depresores del SNC, como se creían anteriormente.

El alcohol, marihuana, anfetaminas, cocaína, opiáceos, alucinógenos y barbituratos producen depresión y en ocasiones los pacientes deprimidos los emplean para automedicarse.

Se observa uso de drogas hasta en 50% de los pacientes externos deprimidos, pero muchos no revelan esta información al médico. Si se sospecha uso de sustancias, es recomendable ordenar un análisis toxicológico de suero u orina.

### 3. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Antes de diagnosticar la depresión es necesario descartar los siguientes trastornos psiquiátricos:

**A. Trastorno de adaptación.** El trastorno de adaptación es una levé perturbación del estado de ánimo que ocurre en los tres meses siguientes a algún acontecimiento que origina tensión, y no dura más de seis meses. Los trastornos de adaptación en ocasiones se confunden con depresión mayor, o con algún episodio depresivo grave, cuando se relacionan con estado de ánimo deprimido o ansioso. Con frecuencia se observa trastorno de adaptación en aquellos enfermos a quienes se les acaba dé diagnosticar alguna enferme-

dad médica o que experimentan otras tensiones de la vida, como un divorcio o la pérdida del empleo.

**B**. **Duelo**. Los síntomas de duelo suelen ser idénticos a un episodio depresivo grave, pero se producen dos o tres meses tras la pérdida de algún ser amado. El duelo da lugar a falta de sueño y perturbación del apetito como ocurre en la depresión mayor. La duración del periodo normal dé duelo depende de la cultura. En algunas culturas es normal el fenómeno de que el sujeto crea que ve a la persona muerta y no constituye evidencia de psicosis.

**C. Trastorno distímico.** El trastorno distímico es un tipo de depresión crónica de bajo nivel que dura por lo menos dos años. Las personas que presentan distimia se encuentran expuestas a episodios sobreagregados de depresión mayor.

**D. Trastorno bipolar.** A más de la mitad de las personas con trastorno bipolar se les diagnostica inicialmente algún otro trastorno psiquiátrico, usualmente depresión mayor o esquizofrenia. Cuando el individuo deprimido presenta después un episodio de manía se le diagnostica trastorno bipolar. Los pacientes con trastorno bipolar tipo II manifiestan una elevación más leve del estado de ánimo durante episodios hipomaniacos, y como resultado el trastorno quizá sea diagnosticado erróneamente y tratado en forma incorrecta por muchos años. Los antidepresivos desenmascaran la manía en etapa más temprana de la vida de lo que ocurriría naturalmente; no obstante, los antidepresivos no provocan manía en quienes no presentan trastorno bipolar. Cuando el episodio de manía se derive de la terapia con antidepresivos, se emite el diagnóstico de trastorno bipolar.

**E. Esquizofrenia.** En ocasiones es difícil diferenciar entre la depresión con rasgos psicóticos y la esquizofrenia. Los síntomas de depresión en casos de esquizofrenia generalmente aparecen tras el inicio de la psicosis; mientras que en la depresión con rasgos psicóticos, la perturbación del estado de ánimo se presenta antes del inicio de la psicosis.

**F. Trastorno esquizoafectivo.** Este diagnóstico se aplica a los sujetos cuyos síntomas y antecedentes indican elementos tanto de trastorno bipolar como de esquizofrenia.

**G. Trastornos de la personalidad.** Los individuos que padecen trastornos de la personalidad no suelen adaptarse bien a las tensiones de la vida y quizá dispongan de muy pocos contactos sociales. Como resultado, presentan depresión más a menudo que la población en general. Quienes padecen trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) o trastornos de personalidad *borderline,* histriónica o dependiente tienen más probabilidades de presentar algún trastorno depresivo comórbido. En ocasiones la depresión es crónica y fluctuante y con frecuencia cumple con los criterios de trastorno distímico.

**H. Trastornos de ansiedad.** Muchas personas deprimidas padecen también ansiedad grave; sin embargo, quienes padecen trastornos de ansiedad primarios, como trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de tensión postraumática, presentan altas tasas de depresión secundaria. Es difícil diferenciar entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos, aunque los antecedentes del paciente, incluyendo sus antecedentes familiares, son de ayuda para determinar el desarrollo cronológico de síntomas. Los sujetos ansiosos también se quejan de síntomas somáticos con mayor frecuencia que los deprimidos.

**I. Demencia.** En ciertos casos, la depresión causa problemas cognoscitivos leves que sugieren demencia, y en las primeras etapas de esta última la depresión es común. En ocasiones es imposible diferenciar entre depresión primaria y demencia, por lo cual se inicia el tratamiento empírico de la depresión. La recuperación total elimina la posibilidad de demencia.

## TRATAMIENTO DE LA DEPRESION MAYOR

La mayoría de quienes padecen depresión puede recibir tratamiento con éxito como externo. Muchas personas con depresión se quejan de ideas suicidas, pero no obstante pueden ser controladas en el medio externo si tienen factores de riesgo de suicidio bajos. Dichos factores incluyen la capacidad de estar de acuerdo en no dañarse a sí mismo, antecedentes negativos de intentos suicidas pasados, ausencia de plan para suicidarse y ausencia de diagnósticos comórbidos relacionados con el riesgo de suicidio, por ejemplo, uso de sustancias y trastorno de personalidad *borderline* o antisocial. La hospitalización está indicada cuando el episodio depresivo es grave y el individuo tiene alta tendencia a suicidarse, se encuentra psicótico, catatónico, gravemente desnutrido, o no puede cuidar de sí mismo,

### 1. PSICOTERAPIA

Algunos tipos de psicoterapia funcionan bien por sí solos en episodios de depresión breve. La terapia puede ser de apoyo, por ejemplo, para ayudar al paciente a que identifique sus puntos fuertes y aumente su confianza en sí mismo; o bien la terapia puede orientarse más hacia la comprensión de sí mismo, con la meta de lograr que el paciente aprenda más acerca de su vulnerabilidad ante sus sentimientos de impotencia y depresión. La psicoterapia interpersonal y la psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento son particularmente eficaces. En la **psicoterapia interpersonal** se emplea la relación entre el terapeuta y el paciente como agente curativo. La **terapia cognosci-**

**tiva** y **de comportamiento** (TCC) se enfoca en controlar los pensamientos pesimistas, de modo que el sujeto sea capaz de romper el ciclo de pensamientos, expectativas y acciones negativas. La **psicoterapia psicodinámica** se enfoca en sucesos del pasado y en conflictos internos que quizá interfieran con la capacidad del individuo para alcanzar su máximo potencial en el momento actual. En este modelo, el terapeuta interacciona menos con el paciente. La **psicoterapia de grupo** permite que el enfermo reciba apoyo de otras personas que lo comprenden, y esto le ayuda a entablar relaciones más eficaces con sus amigos, personas significativas y en el trabajo. La psicoterapia de grupo es eficaz con respecto al costo, sumamente útil, y probablemente se utilice cada vez con mayor frecuencia en una era en que se concede tanta atención al control de costos y a la administración de cuidados.

## 2. MEDICAMENTOS

En casos de depresión de moderada a grave, en particular cuando incluye ideas suicidas, presencia de síntomas psicóticos o distimia, el tratamiento óptimo consiste en integrar psicoterapia con medicamentos. Los antidepresivos no son adictivos; no obstante, quienes son tratados únicamente con antidepresivos suelen experimentar recaídas cuando se les retira el medicamento. Parece que la psicoterapia ayuda a los pacientes a tomar en cuenta las raíces de las causas de su depresión, reduciendo así la posibilidad de recaídas.

Para elegir el antidepresivo, el clínico debe considerar los antecedentes previos de respuestas del paciente ante el fármaco, las respuestas de otros familiares ante los medicamentos, los síntomas a tratar, el perfil de efectos secundarios, el costo y el riesgo de suicidio del enfermo. En el cuadro 5-1 se resumen los distintos tipos de antidepresivos, incluyendo sus mecanismos de acción y sus efectos secundarios.

El "arte" de la psicofarmacología incluye formar una alianza terapéutica con el paciente, comprender el valor simbólico de los medicamentos, responder a sus preguntas y darle instrucción, ayudando así a que conserve la esperanza de lograr el alivio de la depresión mientras aguarda a que los medicamentos antidepresivos y la terapia comiencen a funcionar. El cumplimiento se relaciona con el nivel de instrucción de la persona y se relaciona de manera inversa con los efectos secundarios. Aunque los médicos consideran que de 80 a 90% de sus pacientes toman los antidepresivos como se les prescriben, en realidad sólo de 40 a 80% de ellos lo hacen. Los clínicos deben decidir en qué caso la respuesta ante los depresivos es parcial o no se produce, y cuándo conviene cambiar de antidepresivo, o agregar o combinar otros agentes como litio u hormona tiroidea para lograr una respuesta terapéutica óptima.

Una vez iniciado el tratamiento con la mayoría de los antidepresivos, paciente y médico notan la respuesta en un lapso de dos a cuatro semanas. Muchos sujetos que opinan que cierto antidepresivo no es eficaz no lo usan por este periodo mínimo de tiempo a las dosis máximas toleradas necesarias para justificar esa conclusión. Quienes padecen "depresión mayor deben tomar antidepresivos por nueve a 12 meses tras lograr la remisión total de su depresión. Aunque los antidepresivos no son adictivos, si se detiene su uso en etapa más temprana a menudo se producen recidivas.

Es preciso retirar gradualmente estos medicamentos por varios motivos. En primer lugar, quizá se requieran varias semanas o inclusive meses con la nueva dosis para alcanzar condiciones de estado estable para qué los receptores cerebrales se adapten y para que la depresión vuelva a aparecer. Segundo, si se dejan de tomar los medicamentos repentinamente, se puede producir **síndrome de supresión,** el cual ocasiona síntomas desagradables y similares a 4a gripe. Esto es particularmente cierto cuando se emplean inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) de vida media corta, como paroxetina y fluvoxamina; este síndrome casi nunca se produce con la fluoxetina, porque tiene vida media prolongada. Por último, el impacto emotivo del resurgimiento de los síntomas de depresión probablemente resulte desalentador y frustrante para el enfermo.

El clínico debe tener presente que 20% de los pacientes sufre depresión crónica, y quizá requiera antidepresivos de manera indefinida tras su primer episodio de depresión y probablemente necesiten un aumento de dosis cuando se encuentren bajo tensión. No se dispone de pruebas simples para determinar en qué momento está preparada la persona para dejar de tomar antidepresivos, de modo que la dosis se reduce gradualmente, con el fin de descubrir de manera empírica si el paciente está listo para tomar dosis más bajas, o para dejar de tomar el medicamento. No se cuenta con reportes de efectos adversos del tratamiento con cualquier tipo de antidepresivo a largo plazo, aunque se dispone de pocos datos para los antidepresivos más modernos.

En la actualidad no se cuenta con un método confiable para predecir qué antidepresivo funcionará y a qué dosis para cada caso individual. La respuesta previa personal, o la de algún miembro de la familia al antidepresivo, permite predecir los posibles resultados. De lo contrario, el clínico debe efectuar la mejor elección basándose en los síntomas del paciente y en el mecanismo de acción y efectos secundarios de cada medicamento. En el cuadro 5-2 se identifican algunos criterios generales para el uso de antidepresivos.

### Tipos de antidepresivos

Los antidepresivos más antiguos son los **inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO).** Son eficaces

**Cuadro 5-1. Tipos de antidepresivos**[1]

| lase | *Nombre genérico* | *Nombre comercial* | *Mecanismo de acción* | *Indicaciones para su uso* | *Rango de dosis usual* | *Efectos secundarios* | *Comentarios* | *Posibles interacciones con medicamentos* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Fluoxetina | Prozac | La inhibición de la recaptura de serotonina aumenta los niveles de serotonina sináptica | Trastornos depresivos y trastornos de ansiedad incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo | 10-80 mg/día | Náusea, cefalea, diarrea, insomnio, efectos secundarios de tipo sexual | Es el primer ISRS que se descubrió. Tiene vida media prolongada para bajo cumplimiento y poca posibilidad de producir síntomas de supresión. Muy estimulante. También está aprobado contra bulimia | Citocromo P450 2D6, 2C, 3A4 (efecto débil). Todos los ISRS pueden aumentar los niveles de ATC, bupropión, antipsicóticos, antiarrítmicos tipo 1C, carbamacepina y verapamil |
| | Sertralina | Zoloft | | | 50-200 mg/día | Como el anterior. Un poco menos estimulante. Síndrome de supresión, poco probable | Vida media y estimulación de rango intermedio | Citocromo P450 2D6 (efecto débil), 2C (efecto débil), 3A4 (efecto débil) |
| | Paroxetina | Paxil | | | 10-50 mg/día | Como el de arriba. Es el ISRS menos estimulante pero puede producir síndrome de supresión | Puede preferirse a los ISRS para tratar ansiedad e insomnio | Citocromo P450 2D6 (efecto débil) |
| | Fluvoxamina | Luvox | | | 100-300 mg/día en dosis divididas | Como el de arriba. Puede producir síndrome de supresión | Se vende únicamente para tratar trastorno obsesivo-compulsivo, pero se asemeja a otros ISRS | Citocromo P450 1A2 (efecto débil), 2C (efecto débil), 3A4 (efecto débil) |
| | Amitriptilina | Elavil | Bloquea la recaptura de noradrenalina y serotonina; también bloquea los receptores histamínicos, colinérgicos, y adrenérgicos alfa-1 | Depresión, la mayoría de los trastornos de ansiedad, coadyuvante para el control del dolor | 100-300 mg/día en dosis divididas | Boca seca, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, delirio, empeoramiento del glaucoma de ángulo agudo, sedación, aumento de peso, hipotensión postural, temblores, cambios en la frecuencia cardiaca y de conducción | Es el ATC más anticolinérgico con mayor probabilidad de producir sedación, cambios ortostáticos y delirio | Se aconseja tener cautela con los anticonvulsivos, FTOC, tabaquismo (niveles inferiores de ATC) |
| | Imipramina | Tofranil | | | 100-300 mg/día en dosis divididas | | Fue el primer antidepresivo que se descubrió | Los niveles pueden elevarse debido a la edad, ISRS y antipsicóticos |
| | Clomipramina | Anafranil | | | 150-250 mg/día en dosis divididas | | Es el único ATC aprobado para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo. Es casi tan sedante como la amitriptilina. Aumenta el riesgo de convulsiones | |
| | Notriptilina | Pamelor | | | 50-150 mg/día en dosis divididas | | Puede titularse hasta en niveles sanguíneos terapéuticos de 50-150 u/dl | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | receptores histamínicos y el 5HT2A postsináptico | trastornos del sueño | | priapismo es poco frecuente, pero constituye una urgencia médica | primera línea, pero útil en dosis bajas (25-100 mg) como ayuda para dormir. Ligeramente eficaz como tratamiento coadyuvante contra el dolor, pero menos eficaz que los ATC | |
| Agentes novedosos | Nefazodona | Serzone | Bloquea la recaptura de serotonina y el 5HT2A postsináptico | Depresión, trastornos de ansiedad | 100-600 mg/día en dosis divididas | Sensación de ligereza en la cabeza, mareo | Químicamente relacionado con la trazodona pero mucho menos sedante. Produce pocos efectos secundarios de tipo sexual. Quizá sea de particular utilidad para depresión complicada con agitación y ansiedad | Puede aumentar los niveles de ATC, triazolam y alprazolam, carbamacepina y astemizol |
| | Bupropión | Wellbutrin | Bloquea la recaptura de serotonina y de dopamina | Depresión, posible uso en TDAH en adultos | 75-450 mg/día en dosis divididas | Dolor de cabeza, insomnio, náusea, irritabilidad, riesgo de convulsiones | Pocos efectos secundarios de tipo sexual. Estimulante: evítese en pacientes ansiosos. Mayor riesgo de convulsiones, el cual puede evitarse empleando la nueva preparación de liberación prolongada | Bajo potencial de interacciones |
| | Venlafaxina | Effexor | Bloquea la recaptura de serotonina y noradrenalina | Depresión, posiblemente en trastornos de ansiedad | 75-375 mg/día en dosis divididas | Náusea, somnolencia, mareo, sudación, temblores e hipertensión (debe vigilarse presión arterial semanalmente) | Único antidepresivo con inicio de acción más breve (1 a 2 semanas) y baja enlace con las proteínas | No es inductor ni inhibidor. Sin embargo, metabolizado por la vía IDG —la quinidina, puede aumentar los niveles de venlafaxina |
| | Mirtazapina | Remaron | Aumenta la liberación de serotonina y noradrenalina. Bloquea a 5HT2 y 3. Antagonista histamínico | Depresión, posiblemente en trastornos de ansiedad | 15-45 mg/día en dosis divididas | Somnolencia, aumento del apetito, aumento de peso, mareo. Incremento de los niveles de colesterol y triglicéridos, los niveles de funcionamiento hepático también aumentan en ciertos casos | Sedante, ansiolítico en dosis bajas, activador por encima de 15 mg/día | Metabolizado por la mayoría de las vías enzimaticas. Bajo potencial de interacciones |
| IMAO | Fenilcina | Nardil | Inhibición irreversible de la monoaminooxidasa | Depresión {incluyendo depresión atípica), trastornos de ansiedad | 45-90 mg/día en dosis divididas | Hipotensión postural, efectos secundarios de tipo sexual, aumento de peso, edema, mioclono, parestesias | Crisis hipertensiva con ataque de apoplejía, ataque cardiaco posible si se combina con alimentos que contengan tiramina o medicamentos simpatomiméticos. Es necesario adherirse de manera estricta a consumir una dieta libre de tiramina. Se emplea en muy pocas ocasiones | La administración concurrente de simpatomiméticos como psicoestimulantes, anfetaminas, descongestivos y ATC puede inducir una crisis hipertensiva |
| | Tranilcipromina | Parnate | | | 30-40 mg/día en dosis divididas | | | |
| | | | | | | | | |

'Abreviaturas: ATC, antidepresivos tricíclicos; FTOC, fármacos contra el trastorno obsesivo-compulsivo; IMAO, inhibidor de la monoaminooxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la

**Cuadro 5-2. Guía terapéutica para el uso de antidepresivos[1]**

| *Depresión con las siguientes características* | *Medicamento de elección* | *Medicamento alterno* | *Contraindicaciones relativas* |
|---|---|---|---|
| Depresión sin complicaciones | ISRS, ATC | Bupropión, nefazodona, venlafaxina | |
| Ansiedad e insomnio marcados | Paroxetina a dosis bajas,[2] nefazodona + benzodiacepina para la ansiedad ± trazodona, 25-75 mg por La noche para el insomnio | ATC, sertralina o fluoxetina a dosis bajas | ISRS a dosis altas, bupropión |
| Pacientes de edad avanzada | ISRS a dosis bajas | Nortriptilina, desipramina, bupropión, psicoestimulantes, trazodona | ATC con ortostasis prominente, efectos anticolinérgicos |
| Dolor crónico, fibromialgia | ATC (eficaz para tratar el dolor aun en ausencia de depresión) | (Bupropión, ISRS, nefazodona no es más eficaz para el dolor que un placebo) | |
| Migraña | ISRS | | |
| Enfermedades cardiacas | ISRS a dosis bajas | Bupropión | ATC (puede causar arritmias, latido más lento) |
| Enfermedades hepáticas | Paroxetina a dosis bajas, sertralina | Bupropión, nefazodona, ATC | Fluoxetina |
| Disminución de la libido | Bupropión, nefazodona | ATC, ISRS (ambas clases pueden ocasionar efectos secundarios de tipo sexual) | |
| Fatiga acentuada | Fluoxetina | Sertralina, bupropión, paroxetina, desipramina | Otros ATC |
| Antecedentes de manía[3] | Bupropión | ATC, ISRS | |
| Antecedentes de convulsiones[3] | ISRS a dosis bajas, nefazodona | ATC (riesgo leve), bupropión LP | Bupropión, clomipramina |
| Embarazo[3] | Fluoxetina | ATC después del primer trimestre | IMAO |
| Curso concurrente de sustancias[4] | ISRS | | ATC |

[1]Abreviaturas: ATC, antidepresivos tricíclicos; IMAO, inhibidor de la monoaminooxidasa; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; LP, liberación prolongada.
[2]ISRS a dosis bajas = fluoxetina a 10 mg en días alternos, sertralina 12.5-25 mg/día, paroxetina 5-10 mg/día.
[3]Se recomienda de manera muy especial la consulta psiquiátrica.
[4]Para una valoración precisa del trastorno del estado de ánimo, el paciente debe abstenerse de uso de sustancias por más de un mes antes de ser evaluado. Algunos estudios sugieren que es posible emplear ISRS con riesgo mínimo en sujetos que presentan depresión mayor e ideas suicidas y usan alcohol, en caso de que estén altamente motivados para dejar de beber.

para tratar episodios de depresión y producen respuestas superiores en comparación con los antidepresivos tricíclicos para tratar depresión con rasgos atípicos y fobias sociales. Quienes emplean IMAO deben seguir de manera estricta dietas libres de alimentos que contenga tiramina y evitar el uso de ciertos medicamentos simpatomiméticos y otros antidepresivos. De lo contrario, pueden sufrir una crisis hipertensiva que posiblemente dé lugar a un ataque cardiaco o de apoplejía. Este tipo de sustancias es poco prescrito en la actualidad, ya que se dispone de otras más modernas.

Los **antidepresivos tricíclicos (ATC)** tienen la ventaja de su conocida seguridad, comprobada durante varias décadas de uso. Los ATC son más eficaces que otros antidepresivos para tratar síndromes de dolor crónico, con o sin depresión secundaria. También son poco costosos y probablemente igual de eficaces que los antidepresivos más modernos para trastornos depresivos, con excepción de la depresión atípica. Sin embargo, producen efectos secundarios que se derivan de sus efectos anticolinérgicos como boca seca, visión borrosa, estreñimiento y retención urinaria. Estos efec-

tos secundarios suelen reducir el cumplimiento; como resultado, hay más visitas de pacientes externos y más hospitalizaciones de los pacientes internos, lo cual incrementa el costo total del tratamiento con ATC. Por otra parte la relación entre la dosis eficaz y la dosis tóxica es baja. La LD50 (dosis letal promedio) es de tan sólo 750 mg, lo cual constituye la provisión de una semana de medicamento.

En personas de edad avanzada y en, quienes padecen pérdidas neuronales (p. ej., producidas por traumatismos craneales o demencia por HIV), los antidepresivos tricíclicos causan delirio anticolinérgico. A dosis terapéuticas, estos antidepresivos tienen acción antiarrítmica similar a la de la quinidina, por lo cual se recomienda obtener un ECG antes del tratamiento en pacientes mayores. A dosis elevadas, retrasan la conducción cardiaca, con aumento de los intervalos PR, QRS y QT, bloqueo de rama, taquicardia ventricular, o bloqueo cardiaco de primer, segundo o tercer grado. Por lo tanto, la mayoría de los intentos de suicidio con sobredosis de antidepresivos tricíclicos son ingresados a unidades de cuidados intensivos para .vigilar su estado cardiaco.

La trazodona constituye una clase única de agentes que no poseen acción anticolinérgica. Son sumamente sedantes y también dan lugar a presión arterial baja, y pueden ocasionar caídas (en particular en personas de edad avanzada) y dificultad para tolerar dosis altas. El **priapismo** (erección del pene que no se resuelve) es un efecto secundario poco frecuente, pero constituye una urgencia médica. En un reciente metaanálisis, se observó que la trazodona tiene menos posibilidades de producir beneficios en los enfermos que otros agentes (es eficaz únicamente en 50% de los casos). No obstante, es útil a dosis bajas (25 a 100 mg).y se emplea como ayuda no adjetiva para dormir en personas que padecen insomnio primario o insomnio como efecto secundario de otros antidepresivos.

Los **inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina** (ISRS) se hicieron famosos durante la década de 1980 por la introducción de la fluoxetina y actualmente son los antidepresivos que se prescriben con mayor frecuencia en Estados Unidos. Los ISRS bloquean el proceso de recaptura en el sistema de transporte químico 5HT, aumentando así la serotonina en el espacio sináptico. Los ISRS son menos tóxicos que los antidepresivos tricíclicos y por lo tanto es mucho menos probable que produzca muerte en caso de sobredosis.

Los efectos secundarios iniciales incluyen náusea, dolor de cabeza, aumento del insomnio agitación y disfunción sexual (disminución del impulso sexual o anorgasmia). Los ISRS son caros (alrededor de 2 dólares por pastilla y la dosis estándar es de una a dos pastillas diarias), pero se acompañan de mejor cumplimiento y menor número de consultas externas y hospitalizaciones, por lo cual se considera que su eficacia en general con respecto al costo está a. la par con la de los antidepresivos tricíclicos. Hasta una tercera parte de quienes los utilizan experimenta disfunción sexual durante todo el tiempo que toman este tipo de antidepresivos. Los efectos secundarios usuales de tipo sexual incluyen disminución del impulso sexual y dificultad o incapacidad para lograr la erección en varones o el orgasmo en mujeres. Estos pacientes quizá requieran cambio de medicamento o, de lo contrario, necesiten otro fármaco simultáneamente para contrarrestar este efecto secundario. Los medicamentos útiles para este fin incluyen el antidepresivo bupropión, el ansiolítico buspirona o el antihistamínico ciproheptadina.

En contraste con los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina a menudo producen fuertes respuestas a dosis bajas, aunque se requiere graduación ascendente hasta alcanzar la dosis terapéutica para mantener la respuesta. Por lo tanto, quienes toman una dosis demasiado baja de un ISRS a menudo se quejan de que el medicamento ya no les funciona, Es preciso instruir a los enfermos con respecto a esta posibilidad y asegurarles que no es necesario el aumento continuo de la dosis.

La fluoxetina tiene vida media prolongada y es conveniente páralos que olvidan tomar su medicamento con frecuencia. La sertralina y la fluoxetina se llaman "activadoras" porque incrementan la energía y se cree que son de utilidad en sujetos que presentan baja energía y duermen más, de lo usual (aunque no se cuenta con estudios para apoyar esta observación). Como los antidepresivos activadores también ocasionan insomnio y, mayor ansiedad en personas susceptibles, deben emplearse con cautela o evitarse en pacientes con ansiedad, insomnio, o antecedentes de trastorno de pánico o sensibilidad a la cafeína.

La paroxetina produce más efectos sedantes en algunas personas y por lo tanto es útil para tratar casos de depresión relacionada con insomnio y ansiedad. La fluvoxamina se vende y está aprobada para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo, pero suele ser más eficaz como antidepresivo.

Parece que los ISRS producen ventajas en pacientes con pensamientos obsesivos o agresión (los cuales pueden relacionarse con bajos niveles de serotonina) junto con depresión. Estos medicamentos también son útiles, para tratar el trastorno obsesivo-compulsivo (que se acompaña con bajos niveles de serotonina en áreas clave del cerebro) o la distimia. Su baja toxicidad los hace más seguros en personas con alto riesgo de efectos secundarios, o que han intentado suicidarse.

Los nuevos medicamentos incluyen bupropión, venlafaxina, nefazodona y mirtazapina. El bupropión no produce mayor incidencia de efectos sexuales secundarios que el placebo. Es activador y por lo tanto

está contraindicado en pacientes deprimidos que presentan ansiedad grave o ataques de pánico, pero es eficaz para la depresión. Es ligeramente eficaz como alternativa no adictiva a los psicoestimulantes para tratar el trastorno de deficiencia de atención en adultos. Es preciso cuidar no exceder la dosis de 300 mg por día, porque la incidencia de convulsiones aumenta a más de uno en 250, problema que se evita con la nueva preparación de liberación continua. La venlafaxina tiene tanto actividad noradrenérgica como serotoninérgica y por lo tanto un elevado perfil de efectos secundarios, similar al de los ATC y los ISRS. Sin embargo, puede ser útil en quienes no responden a pruebas iniciales con otros agentes de primera línea. La nefazodona se relaciona químicamente con la trazodona, pero produce menos efectos secundarios y es de ayuda para tratar a quienes presentan depresión con ansiedad acentuada o insomnio. También produce una incidencia muy baja de efectos secundarios de tipo sexual.

Aproximadamente de 60 a 70% de los pacientes que padecen depresión responde bien al primer o segundo medicamento antidepresivo que se les prescribe. Si el paciente no responde, el clínico investiga otros factores que interfieren con la respuesta como mal cumplimiento, uso de sustancias no diagnosticadas, trastornos médicos no diagnosticados, como hipotiroidismo o apnea durante el sueño, o trastornos psiquiátricos comórbidos (con mayor frecuencia, trastornos de personalidad, de ansiedad o trastorno bipolar). Si ninguno de estos factores está presente, se clasifica al paciente como "resistente al tratamiento" o "sin respuesta" y se procede a intentar otras estrategias con él, como cambio de antidepresivos, aumento con otros medicamentos por sí solos o combinados (véase cuadro 5-3) o terapia electroconvulsiva (TEC).

**Cuadro 5-3. Estrategias posibles para aumentar las dosis de antidepresivos para tratar depresión refractaria al tratamiento[1]**

Cambiar de clase de medicamento (ATC →ISRS → bupropión → venlafaxina)
Combinaciones de medicamentos
- ISRS + ATC a dosis bajas
- ISRS + buspirona
- ISRS + bupropión a dosis bajas

Agregar a antidepresivos
- Carbonato de litio
- Hormona tiroidea
- Psicoestimulantes
- Fototerapia Terapia

electroconvulsiva

[1]Abreviaturas: ISRS, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; ATC, antidepresivos tricíclicos.

## 3. TERAPIA ELECTROCONVULSIVA (ELECTROCHOQUES)

Antes de considerar la terapia electroconvulsiva se llevan a cabo diversas pruebas con antidepresivos; sin embargo, ésta se indica en casos de depresión resistente al tratamiento y en quienes no toleran los efectos secundarios de los medicamentos por diversos motivos, incluyendo enfermedad médica, o edad avanzada. La terapia electroconvulsiva también es útil en algunos casos de depresión delirante o catatónica.

Se han buscado alternativas a la terapia electroconvulsiva por sus efectos secundarios sobre la memoria a corto plazo y su estigma social. Quizá la **estimulación magnética transcortical** sea el próximo avance para tratar a los enfermos con depresión mayor. Este procedimiento consiste en generar campos electromagnéticos fuertes sobre el cráneo del paciente para inducir estimulación eléctrica de la corteza. Los resultados de pruebas preliminares indican que es muy eficaz y produce menos efectos secundarios que la terapia electroconvulsiva.

## 4. TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS PARA LA DEPRESION

El médico debe investigar si el paciente está empleando tratamientos alternos contra la depresión. Estos incluyen hierbas y remedios que se adquieren sin receta. La melatonina ha alcanzado popularidad cercana a la reverencia, es usada para perturbaciones del sueño (incluso por viajar en avión por diferentes usos horarios) y depresión. No ha sido aprobada ni estudiada por la FDA y hay preocupación de que las impurezas en la preparación de melatonina ocasionen efectos secundarios indeseables.

Algunos pacientes emplean preparaciones herbales para medicar su depresión. La hierba de San Juan y la raíz de valeriana son los ejemplos más comunes. La valeriana se toma en forma líquida, en té o en cápsulas y se cree que ejerce propiedades serotoninérgicas y probablemente tenga efectos ansiolíticos y antidepresivos leves. Las cápsulas de alga espirulina contienen L-triptófano, el precursor de la serotonina. Estas son sustancias de tipo natural y su uso se considera seguro. Existe el riesgo teórico de sobrecarga de serotonina cuando se emplean hierbas serotoninérgicas junto con ISRS. Es preciso efectuar estudios científicos sobre la eficacia de las terapias alternativas que se usan en Estados Unidos, aunque diversos estudios alemanes de la hierba de San Juan parecen prometedores.

## 5. TRATAMIENTO DE TRASTORNOS DEL SUEÑO RELACIONADOS CON DEPRESION

Con frecuencia se producen trastornos del sueño de manera conjunta con trastornos depresivos y de ansie-

dad. El insomnio primario (insomnio no vinculado con otro trastorno psiquiátrico) es una queja común entre los pacientes en las clínicas médicas. El insomnio secundario a trastornos psiquiátricos, como depresión mayor o trastorno de tensión postraumática (TTPT), o como consecuencia de los efectos secundarios de antidepresivos activadores resulta muy frustrante para los enfermos y empeora las quejas de tristeza reduciendo la concentración y la energía.

Se sabe que los individuos que padecen insomnio persistente en cualquier momento de sus vidas (aunque se encuentre acompañado con alguna tensión específica) corren alto riesgo de desarrollar depresión posteriormente. Por lo tanto, las perturbaciones del sueño quizá sean un marcador temprano de la manifestación de trastornos depresivos en último término.

La trazodona a dosis bajas es una ayuda eficaz para dormir que no interfiere con la estructura del sueño (la porción de las etapas I a IV del sueño y la etapa MOR). Es conveniente alentar a los pacientes a seguir los siguientes criterios de comportamiento básico como "higiene" para dormir.

- Despiértese a la misma hora todas las mañanas (de preferencia, temprano).
- No tome siestas durante el día, aunque esté cansado.
- Dedique un máximo de 20 a 30 minutos a intentar conciliar el sueño en el lecho. Después de ello, levántese y lleve a cabo alguna actividad relajante (como leer o tejer) durante media hora y después intente nuevamente dormir. Este paso borra la relación entre el hecho de encontrarse en la cama y la ansiedad por no poder dormir.
- Realice por lo menos 20 minutos de ejercicio ligero (p. ej., caminar) de preferencia por la mañana.
- Considere la exposición a luz brillante o luz solar por la mañana para normalizar los ritmos circadianos.
- Reduzca al mínimo su consumo de alcohol.
- Evite o reduzca al mínimo el consumo de cafeína (incluyendo té negro, refrescos de cola y chocolate) después de cenar.
- Tome los diuréticos tan tarde como sea posible para minimizar la necesidad de levantarse a orinar por la noche.

Es necesario alentar a los pacientes para que observen estas prescripciones de comportamiento, pues se ha demostrado que son sumamente eficaces, inclusive en casos de insomnio prolongado.

## FACETAS DE LA DEPRESION MAYOR

### Depresión con rasgos atípicos

La **depresión con rasgos atípicos** se caracteriza por una inversión de las observaciones usuales en la depresión mayor. Por ejemplo, las personas comen más y es probable que aumenten de peso, duerman más y con facilidad se sientan rechazos por otras personas. La ansiedad también es notable y se presenta con mayor frecuencia que en pacientes con depresión mayor. Los ISRS e IMAO son más eficaces que los antidepresivos tricíclicos para tratar la depresión atípica.

### Depresión con componente estacional

Los episodios depresivos graves y el trastorno bipolar en ocasiones siguen un patrón estacional y predecible en el curso de varios años. Con frecuencia, los síntomas de depresión se producen en el invierno y la manía aparece durante la primavera o en los meses de verano. También se observa el patrón inverso (p. ej., depresión en el verano) pero no es tan característico. El aumento de sueño y apetito, además de los movimientos psicomotores lentos, son comunes. Este patrón estacional debe ser bastante consistente y no ser ocasionado por factores del entorno, como desempleo regular. También señala hacia el supuesto mecanismo biológico que se cree inicia este trastorno. Se considera que la depresión estacional se relaciona con disminución de la producción de melatonina en la glándula pineal durante los meses de invierno.

Algunos clínicos dan el nombre de **trastorno afectivo estacional (TAE)** a esta afección. Se observa cierto grado de cambio del estado de ánimo según la estación en la población en general, y el trastorno afectivo estacional ocupa el extremo más pronunciado del espectro clínico. En un estudio reciente basado en un metaanálisis en gemelos, se observó que las depresiones estacionales guardaban relación genética en casi la tercera parte de los sujetos.

Los antidepresivos o la terapia leve (que incluye exposición a la luz de longitud de onda e intensidad específicas) son eficaces para tratar el trastorno afectivo estacional. Con frecuencia es necesario el tratamiento anual o el tratamiento que sigue el curso estacional de la enfermedad a causa de la naturaleza recurrente de este trastorno. Es conveniente explicar a los pacientes los signos tempranos de depresión para que puedan anticipar la necesidad de reanudar o aumentar el tratamiento.

### Depresión mayor con rasgos psicóticos

Un episodio depresivo importante sin tratamiento quizá se haga tan grave que dé lugar a síntomas psicóticos. Las alucinaciones y delirios suelen ser de naturaleza congruente con el estado de ánimo. Por ejemplo, quizá el individuo se convenza de que ha hecho algo malo o de que alguien está a punto de castigarlo, o desarrolle delirios somáticos, incluyendo la creencia de que su cuerpo se está desintegrando o pudriendo de adentro hacia afuera. Los antecedentes

del paciente y sus antecedentes familiares permiten descartar otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia o trastornos esquizoafectivos.

Mina M, una mujer de 48 años, fue enviada al psiquiatra por una amiga tras meses de depresión y quejas somáticas. Los cuatro meses anteriores, la Sra. M se había sentido cada vez más molesta y observó que padecía problemas de memoria y concentración.

Además, tenía poca energía, dormía mal y se sentía muy ansiosa y obsesionada con sus problemas. Sin embargo, sus quejas eran principalmente problemas físicos: dolores de espalda, extremidades, cabeza, dolores agudos en el abdomen y otras quejas gastrointestinales. Visitó a numerosos internistas, practicantes generales y gastroenterólogos y se sometió a múltiples pruebas de laboratorio, series gastrointestinales, y tomografías abdominales, que no revelaron nada anormal.

Seguía convencida de que tenía algún problema físico, pero accedió a consultar al psiquiatra, quien observó que la Sra. M se veía triste y llorosa, aunque no se describía a sí misma como deprimida. Mencionó que en ocasiones sentía temor y que había escuchado que alguien la llamaba por su nombre, y además veía imágenes furtivas de "hombres, que vislumbraba por el rabillo del ojo". En diversas ocasiones, mientras estaba sola, escuchó a una persona que hacía comentarios despectivos sobre ella en voz baja.

Se recetó a la Sra. M una dosis baja de perfenacina, un antipsicótico con ciertas propiedades sedantes para tratar sus síntomas psicóticos y un 1SRS contra la depresión. A los pocos días su alucinaciones visuales y auditivas cesaron y dormía mejor. Se le dejó de administrar perfenacina tres semanas después. Sus pensamientos psicóticos no se reanudaron. Cuatro semanas después se sentía totalmente normal, con buen nivel de energía, autoestima alta y sin quejas somáticas. Aceptó participar en psicoterapia de grupo semanalmente.

**Diagnóstico.** Depresión mayor con rasgos psicóticos (eje I).

**Discusión.** Los neurolépticos son útiles para tratar la depresión mayor con rasgos psicóticos las primeras semanas, hasta que los síntomas de psicosis desaparecen. Se emplean antidepresivos de manera simultánea. El tratamiento se asemeja al de la depresión mayor sin complicaciones. La terapia electroconvulsiva también es eficaz para la depresión con rasgos psicóticos. Cuando no se diagnostican los síntomas psicóticos y se da tratamiento únicamente con antidepresivos (sin agregar antipsicóticos), el tratamiento falla en 80% de los casos.

## Trastorno depresivo no especificado de otro modo

Otras manifestaciones de la depresión incluyen disforia premenstrual y depresión del tipo que comúnmente ocurre en otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia y trastorno delirante.

Los trastornos depresivos leves que cumplen con menos de cinco criterios del *DSM-IV* para depresión mayor se diagnostican como trastornos depresivos no especificados de otro modo. Algunos clínicos han pro--puesto una nueva categoría diagnóstica llamada **trastorno de depresión subaguda.** Quienes padecen este trastorno presentan elevadas tasas de alteración de relaciones sociales y de trabajo en comparación con quienes no tienen síntomas de depresión. Otros parecen presentar episodios de depresión recurrente de tipo breve, que duran menos del mínimo de dos semanas que estipula el *DSM-IV*. La medicación y la psicoterapia parecen eficaces para tratar estos trastornos.

## Depresión en personas de edad avanzada

Los síntomas de depresión en personas de edad avanzada, incluyendo insomnio, disminución de energía, preocupación por la muerte, anhedonía, aislamiento social, disminución del impulso sexual y dificultades cognoscitivas quizá reciban poca atención y se consideren como normales o propios de la edad. La depresión suele ser más grave en personas de edad avanzada que presentan rasgos psicóticos o catatónicos. La demencia y la simulación médica de la depresión son muy comunes en sujeto de edad avanzada y siempre es preciso descartarlas antes de iniciar el tratamiento. A muchos pacientes deprimidos de la tercera edad se les diagnostica demencia de manera incorrecta.

Se ha comprobado que la anterior creencia clínica de que las personas de edad avanzada no se beneficiarían de la psicoterapia es errónea. Los grupos de apoyo alivian el aislamiento social. Como resultado de un diagnóstico incorrecto, muchos pacientes, geriátricos no obtienen beneficios de los tratamientos disponibles en la actualidad.

El clínico siempre debe recordar la necesidad de reducir las dosis de medicamentos en las personas de la tercera edad para compensar la disminución del metabolismo y evitar los efectos secundarios. Es recomendable evitar el uso de antidepresivos tricíclicos por sus efectos secundarios.

Sara D, una mujer de 80 años, fue referida a la clínica psiquiátrica tras quejarse con el internista de padecer insomnio. Se detectaron

síntomas de depresión mayor que revelaron que la Sra. D presentaba síntomas adicionales de impotencia, baja energía, anhedonía, mala concentración y fuerte sensación de culpa. Se había aislado de manera extrema de sus amistades y pensaba con frecuencia en la enfermedad y la muerte. Ella indicó que la depresión se le había desarrollado de manera relativamente repentina tres meses antes. Carecía de antecedentes psiquiátricos previos y su historia clínica, y los resultados del examen físico y las pruebas de laboratorio descartaron la presencia de enfermedad médica. La detección cognoscitiva fue normal, por lo cual se eliminó el diagnóstico de demencia. La Sra. D tomaba pocos medicamentos sin receta y negó el abuso de sustancias.

La Sra. D era una maestra retirada, cuyo marido había muerto 15 años antes. Vivía sola y estaba orgullosa de su naturaleza puntillosa, además de su espíritu aventurero que la condujo a viajar por varios lados. Se sentía muy cercana emotivamente a su única hermana sobreviviente que vivía en la costa este de Estados Unidos. Cuatro meses antes, su hermana le había escrito indicándole .que (dejaría de estar en contacto con ella por un desacuerdo con respecto al testamento de su hermano.

Se prescribió a la Sra. D psicoterapia de apoyo semanal, se le pidió anotar sus pensamientos y se le enseñó a detener algunos de los pensamientos negativos que la hacían sentir "como una mala persona". También se le pidió que elaborara un inventario de sus puntos fuertes y que renovara el contacto con sus amistades. Tras un ECG y un examen cardiaco negativos, se le prescribió paroxetina y en la primera semana comunicó que su sueño había mejorado y en la cuarta lo hizo su estado de ánimo. Dos meses después confrontó a su hermana por escrito y organizó una reconciliación. Dejó la terapia dos meses más, tarde y en compañía de un grupo de amistades efectuó un prolongado crucero por el Pacífico del Sur y Asia.

### La depresión en niños

La depresión en niños se manifiesta de manera muy distinta a como lo hace en los adultos. Los síntomas suelen incluir mal comportamiento escolar, comportamiento delictivo y problemas de comportamiento, por ejemplo, actos antisociales (robar cosas en las tiendas o iniciar incendios) o estallidos de ira, promiscuidad sexual y regresión. Cuando el niño padece depresión debe ser sometido a detección de enfermedades médicas y de uso de sustancias, e investigación de otros trastornos psiquiátricos, como esquizofrenia. Además, es preciso investigar las tensiones del entorno, tanto de tipo físico como emotivo, y el abuso sexual.

### Alexitimia.

Una de las preguntas estándar para evaluar el diagnóstico de depresión inquiere sobre el estado de ánimo del paciente, pero tal parece que algunos sujetos no están conscientes de su estado de ánimo. El término **alexitimia** proviene de las palabras griegas "sin palabras con respecto a los sentimientos". La alexitimia no es un diagnóstico, pero describe un estilo por el cual los pacientes no reconocen su estado emotivo interno y por lo tanto son incapaces de responder a preguntas sobre su estado de ánimo. Estos sujetos suelen expresar su incomodidad emotiva a través de síntomas somáticos y aunque padezcan depresión mayor, un observador objetivo sólo podría inferirlo basándose en sus numerosas quejas físicas. Quienes padecen alexitimia tienen probabilidades de presentarse en el medio de cuidados de salud con quejas somáticas que carecen de causa física discernible. Como las personas que padecen alexitimia no son capaces de describir su estado de ánimo desde el punto de vista subjetivo, la evaluación y el tratamiento deben centrarse en otros síntomas de depresión como perturbaciones del sueño o fatiga. La psicoterapia ayuda a estos pacientes a identificar sus emociones y hablar sobre ellas.

## PREVENCION DE LA DEPRESION

La psicoterapia, el control de la tensión y la reestructuración cognoscitiva pueden ayudar a evitar episodios recurrentes de depresión. El reconocimiento y tratamiento temprano de traumatismos, abuso infantil, o pérdidas durante la niñez, puede reducir la incidencia de depresión muchos años después. Quizá en el futuro sea adecuado recurrir a la orientación genética.

# TRASTORNO DISTIMICO: CARACTERISTICAS CLINICAS

El trastorno distímico o distimia se caracteriza por síntomas leves de depresión de tipo crónico. Igual que la depresión, la distimia es común, pero con frecuencia no se diagnostica y no se le da tratamiento. A diferencia de la mayoría de los casos de depresión mayor, la distimia es un trastorno que dura toda la vida más bien que un trastorno episódico que se inicia en la adolescencia, o a comienzos de la etapa adulta.

## INCIDENCIA

La incidencia anual de distimia en Estados Unidos es de 3 % de la población. La prevalencia de la distimia

durante la vida del individuo alcanza 6%. Se observa en proporción de 2:1 en el sexo femenino con respecto al masculino, tasa que también se observa en la depresión, y esto implica que 13% de las mujeres califica para este diagnóstico en el transcurso de sus vidas.

## CAUSAS

El origen de la distimia es similar al de la depresión con una confluencia de causas biológicas, psicológicas y sociales.

## CURSO DE LA DISTIMIA

Los enfermos de distimia a menudo manifiestan que nunca dejan de sentirse deprimidos. Aunque quizá continúan funcionando, se sienten constantemente tristes, plagados de dudas acerca de sí mismos y experimentan ataques ocasionales de desesperación. Los pacientes a menudo experimentan el inicio de su enfermedad durante la adolescencia o de los 20 a 25 años. Para que califiquen para el diagnóstico, su depresión debe incluir tres de los criterios para trastornos depresivos mencionados con anterioridad, y haber durado cuando menos dos años. Los enfermos de distimia suelen presentar perturbación del apetito con menos frecuencia que los pacientes deprimidos (5 contra 53%). La anhedonía y las dificultades de concentración también son mucho menos comunes en distimia que en la depresión mayor de tipo crónico.

Sin tratamiento, el curso natural de la distimia no experimenta remisión y da como resultado sentimientos crónicos de baja autoestima y disminución de la confianza en sí mismo. Es fácil que el observador externo no valore el costo de la distimia. En las palabras de un paciente:

> Recuerda la última vez que experimentaste un mal día, cuando todo te parecía más negro de lo común y tus pensamientos eran más negativos. Te sientes pesimista sobre todo y no disfrutas para nada de la vida. Te cuesta trabajo hacer cualquier cosa porque todo requiere esfuerzo. Al final del día pones en duda tu resolución de cambiar las cosas y, lo que es peor, comienzas a dudar de ti mismo. Al día siguiente te sientes mejor. Pero ahora imagina que *casi todos* los días de tu vida adulta son así. Pierdes la perspectiva y no piensas "Oh, esto es la depresión, es una enfermedad", sino que comienzas a pensar "Soy *yo* el que estoy mal, soy flojo, tonto y las cosas nunca me van a salir mejor que esto". Como ves, la vida puede ser muy dura.

Las personas que padecen distimia a menudo piensan que para lograr lo mismo que sus compañeros tendrían que ejercer un esfuerzo mucho más grande y se van por la vida como si llevaran un ancla tras ellos.

## EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

El examen del estado mental del paciente distímico es similar al que se observa en quienes padecen depresión de leve a moderada. Observe que los enfermos de distimia no presentan síntomas psicóticos, a menos que exista un episodio de depresión mayor superpuesto, uso de drogas, o algún trastorno de la personalidad.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Como en el caso de otros trastornos depresivos, es necesario diferenciar la distimia de otras afecciones médicas, de episodios depresivos crónicos y recurrentes, de trastornos bipolares y del uso de sustancias. Los pacientes con distimia también deben someterse a investigación de ansiedad, personalidad y trastornos alimenticios, ya que todos ellos son trastornos comórbidos comunes.

## TRATAMIENTO DE LA DISTIMIA

La psicoterapia por sí sola es de poca eficacia para tratar la distimia; la combinación de antidepresivos con psicoterapia ofrece una probabilidad mucho mayor de éxito. Los ISRS producen menos efectos secundarios que los antidepresivos tricíclicos, pero ambos son de igual eficacia para tratar la distimia. La mayoría de los clínicos concuerda en que la distimia requiere un periodo de tratamiento con antidepresivos más prolongado que los episodios de depresión mayor, probablemente de más de un año. Se están realizando estudios para determinar la tasa de recidivas de distimia tras el tratamiento y para saber si se requiere tratamiento de largo plazo.

En ocasiones la distimia ocasiona que el paciente adquiera una identidad bastante relacionada con un panorama pesimista de la vida. Lo que podría ser un trastorno eminentemente reversible a los 25 años de edad es mucho más difícil de modificar 20 años más tarde.

> Bernardo M, un señor de 46 años, pensaba que su vida "no lo llevaría a ningún sitio". Aunque le había ido bien en la universidad y se había graduado de ingeniero, conseguía empleos con el salario mínimo, padecía depresión crónica de bajo nivel con poca autoestima y motivación, lo cual en último término dio lugar a que su esposa decidiera abandonarlo. Esta separación precipitó un episodio de depresión mayor. El Sr. M respondió bien a la fluoxetina y a la

terapia de grupo. Los miembros del grupo lo alababan por su aumento de energía y entusiasmo. Comenzó a salir con otras mujeres y participaba en actividades sociales cuatro veces por semana o más. Sus ambiciones en el empleo aumentaron.

Transcurridos dos meses, su apariencia era más deprimida e hizo saber a los miembros del grupo que había dejado de tomar antidepresivos explicando "no eran para mí". A pesar de su mejoría objetiva, había pasado, toda su vida de adulto con distimia y consideraba que su estado no deprimido era algo extraño. Dejó de asistir al grupo y visitó de manera poco frecuente al psiquiatra con quejas de sentirse "atorado", pero negándose a reanudar la terapia con antidepresivos.

**Diagnóstico.** Trastorno distímico (eje I).

## DEPRESION POR USO DE SUSTANCIAS: CARACTERISTICAS CLINICAS

La dependencia y el abuso de drogas y alcohol son frecuentes en Estados Unidos y a menudo se observa estado de ánimo deprimido en medio del uso de sustancias. Los síntomas depresivos o distímicos se acompañan de dependencia del alcohol y uso de otros depresivos del SNC. Otros fármacos como la heroína producen euforia en la fase de intoxicación, pero su uso a largo plazo se vincula con depresión. Los estados maniáticos o psicóticos que seguido se producen en la intoxicación por estimulantes del tipo de la cocaína y las metanfetaminas a menudo van seguidos de un "descenso" con síntomas depresivos; los efectos del uso a largo plazo de estas sustancias suelen incluir depresión.

La relación entre los trastornos depresivos y el uso de sustancias es compleja. Los investigadores postulan diversas posibles relaciones entre el uso de drogas y la depresión, entre las cuales se incluyen las siguientes:

- algunos pacientes deprimidos se "automedican" con drogas, lo cual en último término empeora su trastorno del estado de ánimo;
- el uso de drogas precipita depresión en pacientes que de lo contrario no serían vulnerables a ello, y los síntomas depresivos quizá persistan después que el uso de drogas cese;
- algunos pacientes son genética o psicológicamente vulnerables, tanto al uso de drogas como a la depresión;
- la depresión y el uso de drogas también se producen independientemente uno del otro y su vinculación puede ser una coincidencia.

Cada una de estas teorías puede aplicarse a los subconjuntos de pacientes que padecen depresión. El reto clínico al tratar depresión y uso de sustancias es saber en qué momento se requiere un tratamiento aparte para la depresión.

En un extremo del espectro se encuentran los investigadores y clínicos que proponen tratar los síntomas depresivos de manera agresiva inmediatamente después de que el paciente deje de usar las drogas o indique su disposición a guarda abstinencia. Este razonamiento se basa en el deseo de aliviar el sufrimiento y eliminar la depresión como factor de riesgo de recidivas en el uso de drogas.

Otros médicos consideran que es preciso que los pacientes se hayan abstenido de tomar drogas cuando menos por seis meses antes de determinar si los síntomas de depresión desaparecen por sí solos. Estos médicos se preocupan sobre los riesgos para la salud que corren los pacientes que usan de manera simultánea los medicamentos antidepresivos y las drogas o por el riesgo de sustituir una "muleta" psicológica por otra. Hay estudios que apoyan ambas opiniones. La decisión sobre el uso de antidepresivos y el momento indicado es por tanto materia de criterio clínico. La mayoría de los médicos aguardan varias semanas o meses, hasta que se asegure la sobriedad antes de prescribir medicamentos.

Francisco J, un vendedor de 48 años, fue enviado para una evaluación psiquiátrica después de no haber respondido a dos pruebas con antidepresivos. Un dato notable de su historia clínica era la hipertensión e incrementos ocasionales de tipo explicable en las pruebas de funcionamiento hepático.

El Sr. J se había deprimido mucho en los últimos seis meses y se quejaba de problemas para dormir, pérdida de peso y ansiedad prominente. También expresó pensamientos suicidas, lo que alarmó al médico familiar que lo refirió. El psiquiatra observó que el Sr. J tenía numerosos factores de riesgo de abuso de sustancias, incluyendo antecedentes familiares positivos de alcoholismo y dos accidentes en vehículos motorizados en los últimos 20 meses. Cuando se le confrontó con esta posibilidad, el Sr. J negó inicialmente que usara sustancias pero en último término admitió: "bebo más de lo que me gustaría". Expresó sus temores de "no poder realizar mi trabajo sin alcohol. Me siento tenso y mis clientes se sienten ofendidos si me niego a beber con ellos cuando los veo". También se preocupaba de no poder dormir sin "un par de tragos bien servidos".

El tratamiento consistió en enviarlo a un centro para tratamiento de alcoholismo, lo cual

fue aceptado con pocos deseos por el paciente. El Sr. J participó en terapia de grupo y a través de la orientación individual logró comprender hasta qué grado dependía del alcohol. El aumento de contacto con su familia le permitió evaluar nuevamente su vida y obtener un relato más detallado de los síntomas depresivos en sus primeros años, poco antes de comenzar a beber tanto.

Durante su primer mes de sobriedad, el Sr. J tuvo dos recaídas debido a un aumento de ansiedad. A las seis semanas seguía deprimido y se le prescribió un antidepresivo ISRS. El Sr. J estaba bien un año después de iniciado el tratamiento, cumplía bien con sus medicamentos y su terapia, su estado de ánimo era mejor y sólo bebió en cierta ocasión en una fiesta para celebrar que lo habían promovido en el trabajo.

**Diagnóstico.** Depresión derivada de uso de sustancias (eje I).

## TRASTORNO DE ADAPTACION: CARACTERISTICAS CLINICAS

La mayoría de las personas desarrolla síntomas leves de malestar psicológico después de alguna transición o circunstancia difícil. Los sucesos que ocasionan tensiones incluyen divorcio o final de una relación cercana, pérdida de empleo, cambiarse de casa, iniciar los estudios universitarios y las enfermedades médicas. El intento de los investigadores de cuantificar el impacto de estas circunstancias produjo una escala de 100 puntos que es ampliamente usada.

### INCIDENCIA

Se cree que todas las personas experimentan sucesos de tensión en algún momento de sus vidas y, por lo tanto, es posible que la prevalencia del trastorno de adaptación sea de 100% o cercana a él.

### CAUSAS

El impacto psicológico de los acontecimientos de la vida que conllevan tensión depende de variables externas, como el suceso en sí y las circunstancias en la vida de paciente. Las variables internas importantes incluyen la psicopatología preexistente y los estilos y estrategias de adaptación. Un paciente con trastorno de personalidad *borderline* y antecedentes de varios episodios de depresión y que suele reaccionar con suma labilidad emotiva y tiene pensamientos catastróficos (p. ej., "¡no sé cómo voy a salir de ésta!") tiene un riesgo mucho mayor de desarrollar trastorno de adaptación tras la ruptura de alguna relación que otra persona sin antecedentes psiquiátricos previos.

### CURSO DEL TRASTORNO DE ADAPTACION

El trastorno de adaptación se manifiesta con síntomas similares a los de episodios depresivos graves, por ejemplo, insomnio, dificultad para concentrarse, sentimientos de tristeza y anhedonía. Las ideas suicidas y los sentimientos de falta de valor personal son menos comunes. Los síntomas que se observan en el trastorno de adaptación son mucho menos graves y penetrantes que los síntomas de depresión. Según la definición del *DSM-IV,* el trastorno de adaptación se inicia en los tres meses siguientes a la tensión y termina en los seis meses siguientes al final de la misma. El trastorno de adaptación tiene diversas variables clínicas, y se manifiesta con síntomas predominantes de ansiedad, depresión, una mezcla de ansiedad y depresión, o alguna perturbación del comportamiento.

Daniel M, un estudiante de primer año de universidad de 20 años de edad, acudió a una consulta a los servicios de salud estudiantiles por recomendación del consejero de su dormitorio. El Sr. M había sido transferido de otra universidad en otro estado del país hacía tres meses. Su noviazgo de dos años había terminado pues su novia había acordado cambiarse de universidad, pero en el último momento le anunció que deseaba terminar su relación con él y que no iría. Al momento de la consulta, el Sr. M experimentaba insomnio y dificultad para concentrarse en las asignaturas escolares. Carecía de antecedentes personales previos o antecedentes familiares de enfermedades mentales, negó usar sustancias y negó otros síntomas de depresión mayor como anhedonia o ideas suicidas.

Se prescribió 50 mg de trazodona al Sr. M para combatir el insomnio y se le proporcionó una copia de la guía de higiene para dormir de la clínica. La psicoterapia a corto plazo se enfocó en su adaptación al cambio de universidad y a la disolución de su relación.

El Sr. M consideró que las sesiones eran de ayuda "y que le permitían hablar sobre estos temas delicados" y terminó la terapia ocho semanas después, cuando sus síntomas desaparecieron. Seis meses después durante el seguimiento se observó que estaba reaccionando bien, había obtenido buenas calificaciones y formado varias nuevas amistades.

Diagnóstico. Depresión a consecuencia de trastorno de adaptación (eje I).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ADAPTACION

El trastorno de adaptación puede progresar hasta un episodio de depresión mayor, pero la mayoría de los pacientes logra el alivio total en pocos meses. Sin embargo, durante ese lapso la persona suele observar que los síntomas de trastorno de adaptación como insomnio y problemas para concentrarse, interfieren con sus relaciones o con su desempeño en el trabajo. El tratamiento suele consistir en psicoterapia de apoyo breve enfocada en las reacciones emotivas actuales y en las estrategias de adaptación.

La terapia tiene dos metas: aliviar los síntomas y acortar el curso de la recuperación. La mayoría de los pacientes se siente aliviada al saber que puede esperar recuperarse en un tiempo breve. En ocasiones se recurre a medicamentos como trazodona a dosis bajas como ayuda para el sueño. Las benzodiacepinas pueden ser útiles para el alivio de la ansiedad aguda, pero no se recomienda su uso extenso. En algunos casos la gravedad de los síntomas hace imposible diferenciar entre el trastorno de adaptación y un episodio de depresión mayor. En estos casos, con frecuencia se realiza un diagnóstico de depresión y suele requerirse el uso de antidepresivos.

## DUELO: CARACTERISTICAS CLINICAS

La palabra duelo se refiere al síndrome de sufrimiento emotivo que se observa en la mayoría de las personas tras la muerte de algún amigo cercano, algún miembro de la familia o alguna mascota. El duelo tiene etiología, sintomatología y curso similares a los del trastorno de adaptación. En ocasiones el duelo se intensifica y se transforma en un episodio de depresión mayor, la cual también se produce tras la muerte de algún amigo o miembro de la familia. Sin embargo, el duelo casi nunca se acompaña de disminución de la autoestima o ideas suicidas. Hasta 50% de las viudas desarrolla síntomas de depresión en el primer año tras la muerte de su cónyuge y 15% sigue deprimido dos años después. El duelo en ocasiones se manifiesta por síntomas de depresión con alucinaciones en las que se escucha o se ve a la persona muerta. El clínico debe considerar depresión mayor con rasgos psicóticos, pero además debe tomar en cuenta que este fenómeno es común y no patológico en algunos grupos culturales. En casos de duelo también se observa trastorno de tensión postraumática.

### TRATAMIENTO DEL DUELO

El duelo se trata de manera similar al trastorno de adaptación. Los grupos formados por personas en circunstancias similares son de ayuda para ciertos pacientes. Los grupos de personas en etapa de duelo con frecuencia son coordinados por personal hospitalario, en particular en clínicas y pabellones con elevadas tasas de mortalidad, como las clínicas de oncología y de SIDA o son patrocinados por organizaciones de la comunidad. Probablemente otros miembros también se beneficien de participar en grupos de apoyo.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las interacciones con individuos deprimidos a menudo dan lugar a sentimientos de tristeza, frustración e impotencia en las personas que lo rodean, incluyendo los proveedores de cuidados de salud. Este efecto es de particular ayuda cuando el clínico logra reconocer dichos sentimientos, los cuales son de utilidad como indicadores de la presencia de depresión en los pacientes o de ansiedad comórbida y trastornos de la personalidad o uso de sustancias. Además, el médico puede emplearlos para lograr comprender cómo experimenta el paciente su enfermedad.

> Carlos B, un ingeniero de 50 años, se presentaba en la clínica médica con bastante frecuencia, en ocasiones una o dos veces por semana, con quejas difusas de baja energía, insomnio y dolor estomacal, dolor en tórax, articulaciones y extremidades. Había sido despedido del trabajo recientemente. Cuando se le preguntó sobre su estado de ánimo, no se obtuvo respuesta; el Sr. B dio respuestas ambiguas, pero no logró describir sus emociones. Como sus citas con frecuencia eran adicionales a la agenda de consultas en la clínica auxiliar, sólo pasaba cinco o diez minutos en compañía del médico.
>
> Cierto día, el Sr. B fue examinado por una estudiante de medicina, que de nueva cuenta no encontró base física para sus quejas. Aunque la estudiante se había sentido de buen humor a lo largo del día, repentinamente se sintió enojada con el Sr. B. y posteriormente deprimida. Otra estudiante de medicina pasó junto a ella en el corredor y le preguntó por qué se veía tan sombría. De repente ella comprendió: todo había comenzado cuando entrevistó al Sr. B.
>
> ¿Sería posible que sus pensamientos y emociones se hubiesen sintonizado con los del paciente durante su breve interacción? Si el Sr. B se sentía en un estado de ánimo similar al de ella, sin duda se encontraba muy deprimido. Pidió al supervisor de residentes que apoyara su

decisión de referir al Sr. B a la clínica de psiquiatría para externos para que lo evaluaran más ampliamente.

Dos meses después la estudiante pasó junto al Sr. B en el corredor. El parecía una persona distinta, con mucha más energía y entusiasmo que cuando ella lo vio en la clínica. Había comenzado a tomar un antidepresivo y asistía a un grupo de apoyo. El le agradeció su referencia a la clínica de psiquiatría. "Me sentía muy mal hace algunos meses, pero ahora me siento mucho mejor. Estoy intentando buscar- empleo, y todos mis dolores, tanto los fuertes como los leves, han desaparecido."

**Diagnóstico.** Depresión mayor (eje I).

En ocasiones los proveedores sienten el deseo o la necesidad de convencer a los pacientes deprimidos de que dejen de estarlo. Pero como la depresión produce pensamientos pesimistas de tipo muy negativo, los pacientes responden a su vez intentando convencer al médico de que en realidad se encuentran en una situación desesperada. Es probable que los médicos se sientan frustrados cuando los pacientes no siguen sus recomendaciones de hacer ejercicio o participar en actividades sociales. Estos esfuerzos pueden producir estancamientos insuperables.

Parte del estigma social en torno a la depresión se debe a que esta enfermedad se considera como una falla del carácter, un signo de fallas morales o simplemente apatía. Muchos médicos están orgullosos de su "voluntad" para alcanzar sus propias metas. Quizá les resulte difícil sentir empatía hacia el paciente que se siente impotente y sin esperanzas y exista una tendencia a sentirse enojados contra esas personas "por considerarla de carácter débil" y por "haber cedido" a la depresión. Al trabajar con pacientes deprimidos quizá los médicos tengan que afrontar sus propios sesgos de tipo personal y profesional. Dichos sesgos también contribuyen a las bajas tasas de detección de depresión por parte de los médicos. Sin embargo, las interacciones con casos difíciles a menudo constituyen una oportunidad para que el médico examine sus propios valores (conscientes o de otro tipo) y crezca como resultado.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

La presentación clínica y la experiencia subjetiva de algún episodio de depresión mayor puede verse influido de manera considerable por los antecedentes culturales de la persona. En algunos grupos de nativos americanos y entre personas del sureste de Asia no cuentan con una palabra que corresponda a la "depresión". En muchas culturas la depresión se refleja en quejas somáticas, más que en un reporte personal del estado de ánimo.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

El tratamiento de la depresión puede dar lugar a diversos aspectos éticos y legales. Estos incluyen la hospitalización involuntaria de pacientes con alto riesgo de suicidio o que se encuentran tan deprimidos que ya no pueden cuidar de sí mismos. Existen protecciones legales para impedir que se violen los derechos de los pacientes.

Por ejemplo, cuando un paciente es hospitalizado involuntariamente, tiene derecho a ser escuchado pocos días después para solicitar su liberación. Un licenciado nombrado por el tribunal testifica de parte del paciente y el médico a cargo del caso debe comprobar que el paciente verdaderamente es incapaz de cuidar de sí mismo. En algunos estados norteamericanos los derechos de los pacientes se protegen, además se considera por separado la administración de medicamentos. En estos estados, cuando el paciente se niega a recibir medicamentos, no se le pueden administrar antidepresivos con terapia electroconvulsiva en contra de su voluntad o sin el consentimiento de su familia o algún procedimiento legal por el cual se demuestre que es incapaz de dar el consentimiento informado.

Las preocupaciones económicas y el acceso a los cuidados plantean nuevos problemas éticos en el cuidado de pacientes deprimidos. La mayoría de las compañías de administración de cuidados y de seguros han fijado límites con respecto al número de sesiones de psicoterapia que el paciente pueda recibir. Otros intentan limitar la cobertura disponible para los pacientes con afecciones preexistentes, lo cual constituye una restricción particularmente problemática, dada la naturaleza recurrente de la depresión. Algunos clínicos emplean de manera excesiva el diagnóstico más leve de trastorno de adaptación para proteger el acceso a los cuidados de la salud del paciente en el futuro.

También existen restricciones con respecto al tipo de medicamentos que los médicos pueden elegir para tratar a los pacientes deprimidos. Algunos planes de salud requieren que se prueben diversos antidepresivos tricíclicos antes de prescribir un ISRS. En algunos casos, los pacientes que se encuentran estables con cierto antidepresivo deben cambiar a otro medicamento cuando su plan de salud negocia un contrato para reducción de precio o se ven forzados a pagar ellos mismos su medicamento.

Quizá sea necesario que transcurran varios años para disponer de medicamentos que mejoren el estado de ánimo de los individuos saludables que no tienen

trastornos del estado de ánimo. Las ramificaciones éticas de un descubrimiento de este tipo sin duda dará lugar a acalorados debates.

## CONCLUSION

Los médicos con frecuencia encuentran trastornos depresivos, y a menudo los diagnostican de manera errónea. A pesar de que se cuenta con tratamientos eficaces y los proveedores de cuidados primarios tienen cada vez más responsabilidad de detectar y tratar la depresión, la mayoría de los pacientes no recibe tratamiento adecuado. La familiaridad con los síntomas y la clasificación de los trastornos depresivos y los principios básicos de tratamiento son destrezas fundamentales para la mayoría de los médicos. El costo psicológico y económico de la depresión y su impacto adverso sobre la salud física y el bienestar emotivo de las familias constituyen un imperativo para mejorar su diagnóstico y pronto tratamiento.

## REFERENCIAS

Akiskal HS: Dysthymic and cyclothymic depressions: therapeutic considerations. J Clin Psychiatr 1994;55:(4): 46(Suppl).

Bliwise DL: Treating insomnia: pharmacological and non-pharmacological approaches. J Psychoact Drugs 1991 ;23 (4):335.

Docherty JP: Barriers to the diagnosis of depression in primary care. J Clin Psychiatr 1997;58(2):5.

Elfenbein D: *Living with Prozac (and Other SSRls).* Harper-Collins, 1995.

Jacobs S, Kim K: Psychiatric complications of bereavement. Psychiatr Ann 1990;20(4):314.

Judd LL, Mark HR, Paulaus MP, Brown JL: Subsyndromal symptomatic depression: a new mobd disorder? J Clin Psychiatr 1994;55(4): 18(Suppl).

Klein DN et al: Symptomatology in dysthymic and major depressive disorder. Psychiatr Clin N Am 1996U9(1):41.

Kocsis JH, Friedman RA, Markowitz JC et al: Maintenance therapy for chronic depression. Arch Gen Psychiatr 1996;53:769.

Kramer P. *Listening to Prozac.* Simon & Shuster, 1994.

Lejoyeux M, Ades J: Antidepressant discontinuation: a review of the literature. J Clin Psychiatr 1997;58(Suppl No.7):ll.

Manning M. *Undercurrents: A Therapist's Reckoning with Depression.* Harper-Collins, 1994.

Manson SM: Culture and major depression. Psychiatr Clin NAml995;18(3):487.

Quitkin FM, McGrath PJ, Stewart JW et al: Chronological milestones to guide drug change: When should clinicians switch antidepressants? Arch Gen Psychiatr 1996;53: 784.

Renner JA, Ciraulo DA: Substance abuse and depression. Psychiatr Ann 1994;24(10):532.

Robert MA, Hirschfeld MB, Keller SP, Arons BS et al: Consensus statement: the National Depressive and Manic Depressive Association Consensus Statement on the undertreatment of depression. CNS Spectrums 1997; 2(2):39.

Shelton RC, Davidson J, Yonkers KA et al: The undertreatment of dysthymia. J Clin Psychiatr 1997;58(2):59.

Styron W: *Darkness Visible.* Vintage Books, 1990.

Unipolar Depression (Duke University). http://www.duke.edu/~ntd/depression.html

Weiss M et al: The role of the alliance in the pharmacologic treatment of depression. J Clin Psychiatr 1997;58(5): 196.

Wells KB, Stewart A, Hays RD et al: The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. J Am Med Assoc 1989;262:914.

Web site for psychopharmacology tips: http://uhs.bsd.uchicago.edu/~bhsiung/tips/tips.html

# 6 Trastornos del estado de ánimo: trastorno bipolar

*David Elkin, MD*

El trastorno bipolar, antes conocido como trastorno maniaco-depresivo, es un trastorno crónico de regulación del estado de ánimo que da lugar a episodios de depresión y manía. En cualquiera de los "polos" de depresión o manía pueden aparecer síntomas psicóticos. Igual que la depresión grave (o unipolar) el trastorno bipolar también es simulado por enfermedades médicas o abuso de sustancias. A diferencia de la depresión grave, casi todos los casos de trastorno bipolar predisponen al paciente a sufrir episodios de depresión y manía a lo largo de toda la vida. El tratamiento biológico consiste en terapia que dura toda la vida, junto con estabilizadores del estado de ánimo, como litio o anticonvulsivos.

## CARACTERISTICAS CLINICAS

El trastorno bipolar produce cambios bruscos del estado de ánimo que consisten en episodios depresivos idénticos a los que se observan en la depresión unipolar y episodios de estado de ánimo alto, conocidos como **manía.** Los síntomas de manía se observan dentro de un espectro que incluye desde manía leve (hipomanía) hasta grave (mama con síntomas psicóticos). Los episodios de manía y depresión a menudo ejercen un efecto profundo sobre el concepto personal del paciente y sobre el comportamiento que manifiesta en el trabajo y su funcionamiento social. Entre los cambios bruscos de estado de ánimo, las personas suelen presentar ánimo normal y a menudo regresan a sus niveles previos de funcionamiento psicosocial. Sin tratamiento, las perturbaciones del estado de ánimo, después que se produce el primer episodio de manía o depresión, usualmente recurren a lo largo de la vida del paciente.

Las variaciones del trastorno bipolar incluyen **trastorno bipolar tipo I, trastorno bipolar tipo II, trastorno bipolar de ciclos rápidos y trastorno ciclotímico** (en la figura 6-1 se comparan). Los pacientes con trastorno bipolar tipo I experimentan ciclos de depresión, estado de ánimo normal y manía declarada, en ocasiones con rasgos psicóticos. Los individuos con trastorno bipolar tipo II no alcanzan el extremo de manía máxima, pero presentan episodios hipomaniacos. Sin embargo, ellos experimentan episodios de depresión profunda cuando su estado de ánimo "está bajo". En cualquier extremo de depresión grave o manía pueden producirse síntomas psicóticos; por lo tanto, quienes padecen trastorno bipolar tipo II no experimentan síntomas de manía como parte del estado de ánimo elevado. En el trastorno bipolar de ciclos rápidos se observan cambios repentinos del estado de ánimo que se producen con gran rapidez, lo que da lugar a más de cuatro episodios de depresión o manía al año. En 15 a 20% de los que padecen trastorno bipolar se observan ciclos rápidos. El trastorno ciclotímico (llamado también ciclotimia) constituye una forma más leve de trastorno bipolar, del mismo modo que la distimia parece una forma menor de la depresión unipolar, y los enfermos experimentan ciclos alternos con periodos de hipomanía y depresión leve. Por lo tanto, la diferencia entre estas variantes reside en la gravedad y frecuencia de las perturbaciones del estado de ánimo.

## INCIDENCIA

El trastorno bipolar ocurre con la misma prevalencia en hombres y mujeres (a diferencia de la depresión, que afecta con el doble de frecuencia a las mujeres). Todos los trastornos del estado de ánimo suelen tener la misma probabilidad de ocurrir en los diferentes grupos étnicos, aunque es probable que se produzcan diagnósticos erróneos cuando entran en contacto distintas culturas. El trastorno bipolar afecta a cerca del 1 % de la población y se produce en proporción ligeramente más alta en grupos de nivel socioeconómico alto. Quizá esta proporción más alta refleje prácticas diagnósticas más precisas entre los pacientes de más recursos, más que una verdadera diferencia de incidencia.

El impacto económico del trastorno bipolar es alto, aunque esta enfermedad afecta a una proporción menor de la población (1 %) que los trastornos depresivos. El

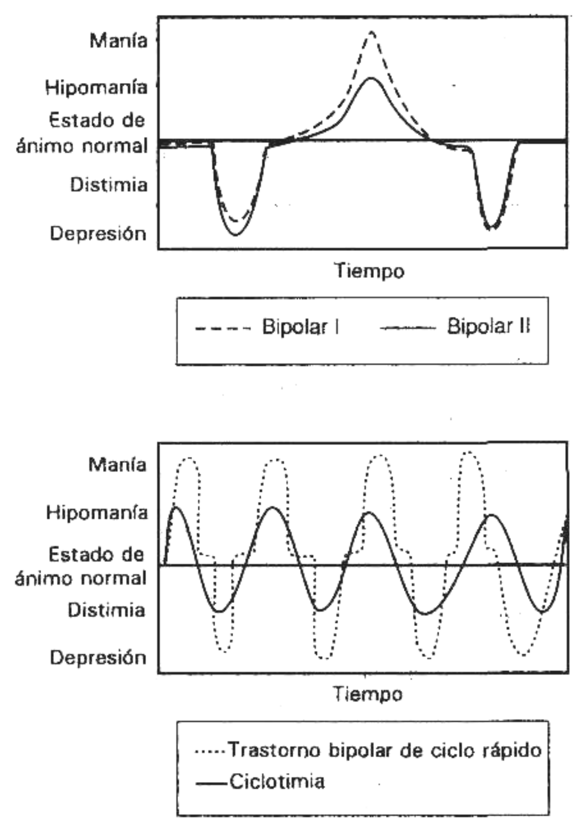



**Fig.** 6-1. Comparación del trastorno bipolar tipo **I (línea punteada, parte superior),** trastorno bipolar tipo **II (línea continua, parte superior)** trastorno bipolar de ciclo rápido **(línea punteada, parte inferior)** y ciclotimia **(línea continua, parte inferior)** con respecto a la intensidad del estado de ánimo (eje *y)* y el tiempo (eje x).

trastorno bipolar da lugar a, pérdidas de más de 150 millones-de días de trabajo en cualquier año dado.

## CAUSAS

Aún continúa la búsqueda de algún defecto genético específico que ocasione el trastorno bipolar. Mientras tanto, se han reportado diversas observaciones sobre manía realizadas en estudios neuroquímicos y neuroendocrinos. Estas incluyen una respuesta menor a TSH y TRH, un aumento de la actividad dopaminérgica y la posible participación de sistemas de segundo mensajero como cAMP en personas con manía. Los estudios de imagen cerebral son poco congruentes, con excepción de un pequeño conjunto de pacientes que presentan trastorno unipolar o bipolar grave de inicio tardío, que son sometidos a hospitalizaciones frecuentes, tienen coeficiente intelectual (IQ) bajo y en ellos se observa la presencia de ventrículos laterales de mayor tamaño en la resonancia magnética. Las propiedades antimaniacas de los anticonvulsivos sugieren la posibilidad de que exista algún "iniciador" en los lóbulos temporales de los pacientes que padecen manía. Igual que en la depresión, el desequilibrio del sistema amínico (que afecta a la serotonina y la noradrenalina) parece relacionarse con la presentación de manía y depresión."

Los trastornos bipolares se observan en familias y los estudios genéticos indican una relación mucho más fuerte que en la depresión unipolar. Uno o ambos padres de casi la mitad de todos los enfermos bipolares presenta algún trastorno del estado de ánimo, con mayor frecuencia depresión unipolar. Cuando alguno de los progenitores padece trastorno bipolar, cualquiera de los hijos tiene 25 % de probabilidad de presentar algún trastorno del estado de ánimo (bipolar o unipolar). Estas probabilidades aumentan a 50 a 70% cuando ambos progenitores padecen trastorno bipolar. La adopción de niños en riesgo no reduce esta posibilidad, lo cual indica una causa biológica. Por último, los gemelos monocigóticos comparten una tasa de concordancia del trastorno bipolar de 70 a 100%; en los gemelos fraternos la concordancia es tan sólo del 20 por ciento.

## VALORACION DIAGNOSTICA

### 1. SIGNOS Y SINTOMAS

El paciente que padece trastorno bipolar experimenta ciclos que incluyen episodios de depresión, estado de ánimo normal y estado de ánimo elevado. Algunas personas presentan solamente estado de ánimo ligeramente elevado (hipomanía); en casos de manía declarada, los individuos experimentan euforia pura o una presentación mixta de exaltación y depresión o irritabilidad- En la forma más grave de manía, los sujetos también desarrollan síntomas psicóticos. En el cuadro 6-1 se muestran las tres etapas de la manía.

Con frecuencia a los pacientes hipomaniacos se les describe como activos, energéticos, extrovertidos y asertivos, con otras personas. Cuando están mejor, son comprensivos y tienen buen criterio, son capaces de canalizar sus ideas de manera constructiva. En este tipo de estado, generan y clasifican muchísimos pensamientos a gran velocidad y en ocasiones muestran aptitud para resolver problemas. En el trastorno bipolar tipo II, los pacientes alternan entre episodios de depresión, estado de ánimo normal e hipomanía, pero no entran en el estado de manía (véase más adelante). La hipomanía suele ser el estado ideal para muchos enfermos de trastorno bipolar o ciclotimia.

En sujetos con presentación más completa del episodio de manía (como ocurre en el trastorno bipolar I),

**Cuadro 6-1. Etapas de la manía (resumido del Forster)**

| *Hipomanía (etapa I)* | *Manía (etapa II)* | *Manía con síntomas psicóticos (etapa III)* |
|---|---|---|
| Energética | Eufórica/grandiosa | Paranoica |
| Extrovertida | Paranoica/irritable | Ilusional |
| Asertiva | Hiperactiva | Confusa/desorganizada |
| | | Alucinaciones |

el estado de ánimo aumenta hasta el grado de euforia. En consecuencia, estos pacientes exhiben pensamientos de grandiosidad y en ocasiones se encuentran paranoicos o irritables. Además, es posible que haya estados mixtos de manía y depresión. La paranoia y la grandiosidad a menudo se acompañan de delirios. Los pacientes de este tipo suelen ser hiperactivos y es mucho más probable que traspasen el espacio personal de las personas que los rodean. Inclusive en casos moderados dé manía, el criterio y la comprensión se ven comprometidos y el control de impulsos se reduce notablemente. Quienes actúan llevando a cabo planes o siguiendo ideas durante su estado eufórico dañan sus relaciones personales, empleos, o estado financiero. Como característica, sus cuentas de teléfono y de tarjetas de crédito aumentan.

Algunos pacientes experimentan elevación del estado de ánimo hasta el punto de alcanzar un estado de manía con rasgos psicóticos. En este estado, sus pensamientos son similares a los que se observan en otras formas de psicosis: sus pensamientos no sólo siguen siendo rápidos, sino que también se encuentran desorganizados y se caracterizan por asociaciones poco congruentes o bloqueo del pensamiento. Este tipo de personas experimenta alucinaciones, ilusiones grandiosas o paranoicas y con frecuencia confusión e incapacidad para concentrarse.

Eliza H, de 35 años, aunque normalmente era tímida y reservada, experimentó un cambio repentino de personalidad en opinión de sus amigos y compañeros de trabajo. Durante un periodo de dos semanas, la Srita. H se comportó de manera desinhibida y extrovertida. Gastó miles de dólares en comprar ropas de colores brillantes que parecían acordes con su nueva confianza en sí misma y asertividad. Hablaba con sus compañeros de trabajo para alentarlos y les hacía regalos. Se inscribió a un gimnasio y asistía a él casi todas las noches y después asistió un fin de semana a un retiro para aprender español. Presentaba cada vez más energía en sus labores y se quedaba hasta la medianoche para trabajar en diversos proyectos innovadores. Se saltó varios estratos administrativos para promover estos proyectos con el vicepresidente de la compañía, lo cual ocasionó antagonismo con su supervisor. Anteriormente tímida e incómoda en grupos grandes de personas, dio varias pláticas impresionantes en conferencias. Comentó lo siguiente, "nunca me había sentido tan bien; por fin parece que mi vida se dirige hacia una meta".

Al final de la segunda semana, el comportamiento de la Srita. H se deterioró. Su actitud entusiasta se transformó en irritabilidad, sarcasmo y un sentido cada vez mayor de paranoia y grandiosidad. "¡Todos quieren apropiarse de mis ideas!", se quejaba. Inclusive discutió airadamente varias veces con su supervisor, quien ahora se sentía preocupado por ella. Se retiró enojada de su trabajo diciendo "hay muchas personas dispuestas a pagarme millones por mis ideas". Comenzó a escuchar una voz masculina que le decía cosas como "atrévete a hacerlo, tú eres la mejor, no permitas que nadie te detenga".

La Srita. H se hizo hiperreligiosa y comenzó a buscar en la Biblia mensajes de Dios para ella. Pensaba que comprendía lo que sus gatos decían y que era capaz de comunicarse con ellos. Se convenció de que un locutor de TV a nivel nacional estaba enamorado de ella. Cuando intentó comprar cinco televisores en una tienda de artículos electrónicos, le comunicaron que había excedido su límite de crédito. Agredió al gerente que intentó confiscarle su tarjeta de crédito. Fue arrestada y llevada a la sala de urgencias.

Durante el examen, la Srita. H se observó agitada y en estado de ánimo lábil (alternando entre bravatas y llantos). Tenía pensamientos grandiosos, paranoicos y desorganizados. Intentó tomar por la fuerza los cigarrillos de otros pacientes y hubo que retirarla del teléfono pues llamaba una y otra vez a la oficina del alcalde para quejarse de que había sido secuestrada. Más adelante se le colocaron restricciones y se le administraron fuertes dosis de sedantes. **Diagnóstico.** Trastorno bipolar, episodio de manía con síntomas psicóticos (eje I).

## 2. ENTREVISTA DEL PACIENTE CON MANIA

Es conveniente formular diversas preguntas de tipo estándar cuando se sospecha que el paciente padece

trastorno bipolar. Además de las preguntas rutinarias sobre depresión unipolar, se recomienda incluir preguntas similares a las siguientes: ¿ha observado algún cambio en su estado de ánimo?, ¿se ha sentido alguna vez como una persona destacada en la cima del mundo, lista para afrontar cualquier cosa?, ¿ha observado que su nivel de energía aumenta en ocasiones?, ¿le ocurre que a veces duerme muy poco pero se despierta sintiéndose muy bien?, ¿inicia alguna vez proyectos o gasta grandes sumas de dinero y después se da cuenta de que actuó impulsivamente y no tomó decisiones correctas?, ¿ha experimentado alguna vez problemas legales o ha sido arrestado?, ¿le dice alguna vez la gente que parece "acelerado" o que no pueden seguir sus pensamientos?, ¿observa que a veces sus pensamientos surgen a "gran velocidad" o en ocasiones cree que las demás personas piensan con demasiada lentitud?, ¿tiene alguna otra persona de su familia antecedentes de enfermedades psiquiátricas, en particular trastornos del estado de ánimo?, ¿padece usted algún problema médico?, ¿qué medicamentos con o sin receta toma?

La actitud del paciente en el curso de la entrevista varía según su estado de ánimo. Los sujetos hipomaniacos que se encuentran eufóricos quizá se interesen en explicar sus ideas y planes al entrevistador. El individuo que experimenta un estado de manía declarada a menudo habla y piensa con bastante rapidez y domina la entrevista; en ocasiones el paciente tendrá disposición juguetona y dirá chistes (con intención de hacer reír al entrevistador) o se comportará sumamente provocativo desde el punto, de vista sexual.

Cuando la manía se mezcla con elementos de depresión y ansiedad (manía mixta), quizá el paciente solicite de manera repetida ayuda y apoyo del entrevistador, o se sienta tan irritable que intente provocarlo o avergonzarlo con sus comentarios sarcásticos. Quizá proporcione información poco precisa, mintiendo de manera premeditada o para ejercer poder en la relación. Como muchos pacientes maniacos son capaces de atacar al entrevistador, es preciso que éste evite contradecirlos y cuente con ayuda oportuna en caso de que sufra algún ataque físico. Se le fijarán límites físicos y de otro tipo según sea adecuado y se le proporcionarán más "espacio" físico y psicológico durante la entrevista.

## 3. EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

Las observaciones importantes al examinar el estado mental del paciente con trastorno del estado de ánimo son las siguientes:

**A. Apariencia y comportamiento.** El sujeto maniaco a menudo viste con ropa de colores vivos y chillones, lo que refleja un estado emotivo elevado. Si el paciente entra a un estado de manía con síntomas psicóticos, quizá se asemeje a los que padecen esquizofrenia por lo que respecta a apariencia desarreglada, desorganizada y confusa. El individuo maniaco a menudo presenta agitación psicomotora, con apariencia excitada, inquieta o agitada; en ocasiones habla con entusiasmo a otros miembros del personal o a los demás pacientes o quizá realice muchas llamadas telefónicas de manera frecuente. Las interacciones del paciente a menudo van acompañadas de lenguaje y manerismos dramáticos, contenido sexual inadecuado y traspaso frecuente del espacio personal del entrevistador. El sujeto maniaco suele distraerse con facilidad con sus propios pensamientos, o con las ideas de otros.

**B. Lenguaje.** El habla y el lenguaje de los afectados a menudo se caracteriza por rapidez y tono alto, ya que el paciente intenta mantener el paso de sus propios pensamientos. Quizá también demuestre uso creativo de rimas, asociaciones o aliteración y emplee las palabras con espíritu juguetón (p. ej., "sólo somos camarones y nos está llevando la corriente"). En ocasiones los pacientes emplean nuevas palabras (neologismos) para condensar sus ideas. Por ejemplo, el paciente puede describirse como "agosado" (una combinación de las palabras agotado y cansado).

**C. Emociones**. Los individuos que padecen ma nía exhiben emociones dentro de un espectro que abarca desde aspectos ligeramente elevados hasta euforia declarada. También se observa irritabilidad, depresión y ansiedad en estados mixtos. La labilidad del afecto es común, y suelen observarse respuestas emotivas inadecuadas.

**D. Procesos de pensamiento.** Los procesos de pensamiento del paciente con manía varían dependiendo de la gravedad del episodio de mama. Los pacientes con hipomanía observan que sus pensamientos se producen "con más rapidez", pero usualmente siguen un flujo lógico con periodos de descanso. Los pensamientos del paciente con manía a veces se producen con tal rapidez, que no pueden expresarlos verbalmente a la misma velocidad. Quizá el clínico observe "fuga de ideas", estado en el cual el sujeto pasa con rapidez de una asociación a la siguiente. Un observador puede comprender el flujo de pensamien tos del paciente maniaco si lo estudia o lo revisa más lentamente. En pacientes que presentan manía con rasgos psicóticos, los procesos de pensamiento tal vez se asemejen a los que se observan en sujetos con esquizofrenia. Por ejemplo, probablemente se observen asociaciones poco congruentes o fantásticas, neologismos y asociaciones rítmicas (usando palabras que rimen).

**E. Contenido del pensamiento.** El pensamiento del paciente maniaco se hace cada vez más grandioso, paranoico y delirante conforme se aproxi ma el estado psicótico. En ocasiones se observan alucinaciones congruentes con el estado de ánimo.

Quizá la persona escuche "la voz de Dios" o una voz que le diga "tú eres el mejor, tú puedes hacerlo". También se observan ideas de referencia. Algunos sujetos que padecen trastorno bipolar desarrollan ideas fijas sobre celebridades o líderes mundiales. Es notorio que los sujetos que amenazan a funcionarios, o personas con algún cargo público, tienen más probabilidades de padecer trastorno bipolar que cualquier otro trastorno psiquiátrico.

**F. Criterio, comprensión y control de impulsos.** El criterio, la comprensión y el control de im pulsos varían desde buenos en casos leves de hipomanía, hasta sumamente malos en episodios de manía declarada con rasgos psicóticos.

**G. Examen cognoscitivo.** En general el examen cognoscitivo no logra revelar problemas de memoria a corto plazo o concentración, aunque los individuos con manía extrema también suelen distraerse con facilidad y probablemente su concentración esté afectada.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En otras enfermedades médicas y psiquiátricas también se observan estados de manía. Los antecedentes médicos, familiares y psiquiátricos del individuo ayudan al diagnóstico diferencial.

### 1. EXCLUSION DE CAUSAS MEDICAS

Diversas afecciones médicas inducen manía, entre ellas, la enfermedad de Cushing (en la cual el cuerpo produce un exceso de corticosteroides), hipertiroidismo, ataques de apoplejía, epilepsia del lóbulo temporal, tumores cerebrales (en particular los que afectan al tercer ventrículo), traumatismos en la cabeza, infección por HIV y trastornos del tejido conectivo, como lupus eritematoso sistémico o esclerosis múltiple.

### 2. EXCLUSION DE LA MANIA INDUCIDA POR DROGAS

El uso de estimulantes como metanfetaminas o cocaína produce agitación, pensamientos veloces, fuga de ideas, o síntomas psicóticos que con facilidad pueden confundirse con un episodio de manía. Cuando los sujetos que usan estas drogas "aterrizan" y experimentan cambios abruptos del estado de ánimo, quizá parezca que siguen el curso de cambios repentinos de estado de ánimo que se observa en el trastorno bipolar. Quienes abusan de psicoestimulantes quizá también utilicen alcohol o tranquilizantes para facilitar su descenso de la euforia producida por las drogas; las sustancias con efecto depresor acentúan la aparición de la depresión.

Algunos medicamentos también inducen manía. Los antidepresivos provocan episodios de manía en individuos susceptibles y predispuestos a desarrollar trastorno bipolar. Por lo tanto, un episodio de manía en respuesta al uso de antidepresivos se considera diagnóstico de trastorno bipolar primario. En contraste, el desarrollo de manía en respuesta a otros medicamentos no indica que el sujeto tenga alto riesgo de desarrollar trastorno bipolar. Uno de los ejemplos más comunes de medicamentos implicados en manía secundaria (en parte como resultado de su uso tan difundido) es la prednisona, un corticosteroide que provoca manía en ciertas personas y depresión o psicosis en otras. La cimetidina, que actualmente se adquiere sin receta, también ocasiona manía, psicosis o depresión. Otros medicamentos implicados en la producción de manía incluyen levodopa (L-dopa) y bromocriptina (probablemente por su acción de incremento de la actividad dopaminérgica en el cerebro), el relajante muscular baclofeno, y el medicamento antituberculoso isoniacida.

### 3. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Los cambios del estado de ánimo son un síntoma frecuente en diversas afecciones psiquiátricas.

**A. Trastorno esquizoafectivo.** Quienes padecen trastorno esquizoafectivo a menudo tienen antecedentes de episodios de depresión y manía. Sin embargo, estos enfermos presentan los síntomas psicóticos crónicos de la esquizofrenia como delirios y alucinaciones, inclusive durante periodos de estado de ánimo normal y usualmente experimentan un deterioro progresivo del funcionamiento. Dada la carga de presentar esencialmente dos síntomas psiquiátricos graves superpuestos, no resulta sorprendente que su pronóstico sea malo; en estos casos se observa una elevada incidencia de uso de sustancias, personas sin hogar y suicidio.

**B. Trastornos de la personalidad.** Quienes padecen trastornos de la personalidad en ocasiones presentan ánimo inestable. Esto es particularmente cierto en los trastornos de personalidad del grupo B ("Cluster B"), e incluye a los subtipos de personalidad histriónica, *borderline,* narcisista y antisocial. Estos cambios del estado de ánimo pueden corresponder a ciclotimia, pero a menudo corresponden a la factores del entorno; por ejemplo, la ruptura de alguna relación o una desilusión en el trabajo puede dar lugar a un episodio de depresión leve o grave, mientras que los sucesos positivos de la vida pueden provocar hipomanía. En ocasiones se diagnostica de manera errónea trastorno bipolar a los pacientes con trastorno de la personalidad; no obstante, los estabilizadores del estado de ánimo también son eficaces para tratar los

cambios marcados de estado de ánimo de estos enfermos.

León J, un abogado de 50 años, fue hospitalizado tres veces en un periodo de ocho meses para tratamiento de depresión con ideas suicidas. El Sr. J tuvo un diagnóstico de trastorno bipolar en su expediente por varios años. Casi nunca tomaba el litio como se le prescribía, ni regresaba para las citas de seguimiento, aunque en el curso de cada uno de los tres ingresos insistió en que le prescribieran litio.

A pesar de que reportaba ideas suicidas, el Sr. J sólo parecía levemente deprimido y ansioso, e inmediatamente después de cada ingreso "se sentía mucho mejor". Sus relaciones con otros pacientes y con el personal de la unidad psiquiátrica eran difíciles. Por ejemplo, monopolizaba el teléfono del pabellón indicando que tenía que hacer algún negocio urgente y trataba con desprecio a los otros pacientes y al personal, a menos que deseara de manera específica algo de ellos.

La depresión del Sr. J parecía desvanecerse pocas horas tras, el ingreso. En ocasiones parecía hipomaniaco. Durante el último ingreso el Sr. J reveló (de manera algo cínica) que sólo decía tener ideas suicidas para evadir las órdenes emitidas por los tribunales. También mencionó que acostumbraba pedir grandes depósitos de dinero a sus clientes y después los abandonaba. No se presentaba a defenderlos e ignoraba los citatorios para presentarse ante el tribunal, lo cual le ganó la reputación de irresponsable entre los jueces y otros abogados. Aparentemente el Sr. J sentía poco remordimiento por sus acciones.

Más adelante, el Sr. J tuvo que comparecer ante la barra estatal, en donde eligió representarse a sí mismo y llamó como testigo al psiquiatra que te estaba dando tratamiento. Como defensa empleó el argumento de que padecía trastorno bipolar, el cual le impedía comparecer ante el tribunal en numerosas ocasiones y que estaba bajo tratamiento psiquiátrico activo. El Sr. J renunció a su derecho a la confidencialidad entre el paciente y el médico, e hizo preguntas sobre su propio, diagnóstico psiquiátrico. De esta manera, el psiquiatra tuvo oportunidad de revelar legalmente a la barra que el Sr. J había mentido sobre sus síntomas y probablemente no padecía trastorno bipolar. El Sr. J perdió su licencia, pero un año después el psiquiatra lo vio en un programa de entrevistas por televisión, donde se presentó como un autor de fama mundial.

Diagnóstico. Trastorno de la personalidad, probablemente narcisista con rasgos antisociales; posible trastorno ciclotímico (eje I); fingimiento de enfermedad (código V).

C. Esquizofrenia. A los que padecen trastorno bipolar en ocasiones se les diagnostica esquizofrenia y quizá esto se deba en parte a la presencia de síntomas psicóticos durante la etapa de manía, o etapa de inicio, y se asemeja a la esquizofrenia. Este diagnóstico erróneo tiene más posibilidades de producirse cuándo el paciente y el médico son de diferente origen étnico.

## CURSO

El trastorno bipolar se manifiesta con et transcurso del tiempo. La posibilidad de que se inicie abarca desde la niñez hasta los 50 años, con una edad media de inicio de 30 años. El paciente promedio (tres cuartas partes son mujeres y dos tercios varones) con trastorno bipolar experimenta un episodio de depresión grave que precede a algún episodio de manía. Es más probable que el primer episodio sea de depresión en las mujeres y de manía en los hombres. El inicio de la enfermedad suele ser tardío en las mujeres. El trastorno bipolar ocasionalmente se inicia en la niñez o adolescencia, y probablemente sea diagnosticado de manera errónea como trastorno de deficiencia de atención e hiperactividad. A cualquier edad de inicio, es muy frecuente que quienes padecen trastorno bipolar reciban un diagnóstico erróneo y tengan que aguardar varios años para recibir una valoración y un tratamiento adecuados.

El episodio promedia de mama tarda tres meses sin tratamiento; pero con el transcurso del tiempo, el intervalo entre los episodios se reduce. Dicho intervalo se estabiliza tras cinco episodios, con una frecuencia de aproximadamente cada seis a nueve meses. Los cambios del estado de ánimo ocurren con mucha mayor rapidez en la variante cíclica rápida del trastorno bipolar y los intervalos promedio entre los cambios repentinos de estado de ánimo suelen ser menores de tres meses. El número promedio de episodios de manía en el curso de la vida del enfermo es de nueve, aunque los sujetos que padecen trastorno bipolar de ciclos rápidos, pueden presentar hasta 30 episodios. Al menos 10% de los afectados presenta un episodio de mama único sin cambios subsecuentes del estado de ánimo. Algunos pacientes presentan ciclos regulares del estado de ánimo a lo largo del año, similar al patrón estacional que se observa en algunos individuos deprimidos.

El pronóstico para las personas que padecen trastorno bipolar es muy variable y depende de diversas condiciones, incluyendo el curso natural de la enfermedad, del individuo; el grado de afectación de la

comprensión, el juicio y el control de impulsos, y la presencia de apoyo psicosocial (empleo, relaciones personales). Las personas que no desean aceptar el trastorno bipolar como enfermedad que dura toda la vida y dejan de cumplir con los estabilizadores del estado de ánimo que se les prescriben, o quienes abusan de las drogas o el alcohol probablemente experimenten cursos más tormentosos, con episodios de depresión y manía más abundantes. Los factores que se asocian con mala respuesta a los medicamentos estabilizadores del estado de ánimo incluyen la presencia de trastorno bipolar de ciclos rápidos; manía disfórica o mixta; episodios secuenciales de depresión, manía y estado de ánimo normal; síntomas entre un episodio y el siguiente; y trastorno de personalidad concomitante. Algunos estudios indican que la gravedad de los episodios de manía determina la posibilidad de respuesta al tratamiento.

El trastorno bipolar conlleva peor pronóstico que la depresión grave. Al dar seguimiento a pacientes con esta afección, se observó que 15% estaban totalmente bien, 45% estaban mejor pero presentaban relapsos múltiples, 30% continuaban presentando síntomas (remisión parcial) y 10% presentaban enfermedad crónica sin disminución de los síntomas. Aproximadamente la tercera parte de quienes padecen trastorno bipolar presenta síntomas crónicos con evidencia de declinación social (p. ej., descenso de nivel socioeconómico, pérdida de relaciones significativas).

El trastorno bipolar también se asocia con elevadas tasas de uso de alcohol y drogas, en parte quizá porque los pacientes intentan emplear estas sustancias para inducir un estado hipomaniaco. Los estudios estiman que hasta 40% de los sujetos con trastorno bipolar tipo II y hasta 60% de los individuos con trastorno bipolar tipo I presentan algún trastorno concomitante de uso de sustancias en algún momento de su enfermedad. Estas tasas son notablemente más altas que entre la población en general. Quienes presentan trastorno bipolar y uso de sustancias tienen más posibilidades de presentar trastorno bipolar de ciclos rápidos o de tipo mixto, el cual tiene peor pronóstico y menores posibilidades de responder al litio.

Como ocurre en la depresión unipolar, se asocia un riesgo significativo de suicidio al trastorno bipolar. Antes de que se comenzara a usar el litio, una persona de cada cinco con trastorno bipolar cometía suicidio. El riesgo de suicidio se reduce en quienes reciben dosis de mantenimiento de estabilizadores del estado de ánimo, pero sigue siendo mucho más alto que el de la población general.

## TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente con manía presenta retos especiales. Estas personas suelen exhibir euforia, irritabilidad, grandiosidad o síntomas psicóticos como alucinaciones auditivas o visuales y paranoia. Algunos se notan sumamente agitados y son capaces de atacar a otros pacientes o al personal durante sus interacciones con ellos. Los sujetos en estado deprimido o mixto pueden albergar ideas suicidas. Estas personas con frecuencia son recluidas en hospitales psiquiátricos de manera involuntaria por el peligro que constituyen para sí mismos o para otros, y son recluidos en alguna unidad psiquiátrica cerrada. En ese sitio se les trata con una combinación de medicamentos y terapia de comportamiento diseñada para controlarlos. Los pacientes con agitación grave que adquieren actitud amenazadora o atacan a otros, quizá requieran restricciones y medicamentos sedantes.

No obstante, las estadísticas sobre el tratamiento del trastorno bipolar son bastante buenas. Muchas personas no se dan cuenta de que padecen una enfermedad; otras, se resisten al tratamiento. Diez años después de su primer episodio de manía, una tercera parte de los pacientes aún no solicita tratamiento. Diversos estudios encontraron que en cualquier momento dado, sólo una tercera parte de los aproximadamente 2.5 millones de estadounidenses que padecen trastorno bipolar se encuentra recibiendo tratamiento activo para su enfermedad. Una tercera parte de los pacientes con trastorno bipolar cuenta con fondos insuficientes para obtener el tratamiento adecuado.

### 1. MEDICAMENTOS

El litio es eficaz para estabilizar el estado de ánimo en trastorno bipolar, aunque requiere varias semanas o meses para surtir efecto, y por lo tanto no constituye el tratamiento de elección en casos de manía aguda. Los neurolépticos (antipsicóticos) también son útiles, en particular para manía con síntomas psicóticos. Sus efectos sedantes suelen observarse en las pocas horas, pero se requieren tres a siete días para que sus efectos antipsicóticos comiencen a funcionar. Las benzodiacepinas comienzan a actuar en pocos minutos o en la primera hora, dependiendo de la vía de administración. El clonacepam, una benzodiacepina de acción prolongada con propiedades anticonvulsivas adicionales, es particularmente eficaz para tratamiento agudo de pacientes maniacos agitados, y probablemente sea más útil que otras benzodiacepinas. La dosis de benzodiacepinas y neurolépticos se reduce de manera secuencial en el transcurso de algunos días o semanas, conforme los estabilizadores del estado de ánimo comienzan a funcionar. En el cuadro 6-2 se comparan los diversos medicamentos que se emplean para tratar la manía.

El litio fue aprobado por la FDA en 1970 para tratamiento de largo plazo de trastorno bipolar y fue aceptado con gran rapidez por los clínicos como norma

de oro para el tratamiento. El litio es sumamente eficaz para prevenir episodios de manía y de depresión. Desafortunadamente, también se asocia con elevada incidencia de efectos secundarios incluyendo temblores, lentitud mental, caída del cabello, náusea y otros efectos gastrointestinales, aumento de peso, insuficiencia renal y síndrome de hormona antidiurética inadecuada. No funciona bien en todos los pacientes con trastorno bipolar, de modo que los investigadores continúan buscando de manera activa otros agentes alternos para estabilizar el estado de ánimo. El anticonvulsivo carbamacepina surgió como fármaco eficaz de segunda línea durante la década de 1930, pero fue reemplazado por otro anticonvulsivo, el ácido valproico, el cual produce menos efectos secundarios. Por su eficacia y baja incidencia de efectos secundarios, algunos psiquiatras consideran que probablemente el ácido valproico constituya la primera elección para tratar a los pacientes con trastorno bipolar. Quizá el ácido valproico ofrezca mejor control de los cambios repentinos de estado de ánimo en sujetos con trastorno bipolar de ciclos rápidos, en estados de manía mixta y en trastorno bipolar complicado por dependencia de alcohol o uso de drogas.

En ciertos casos la terapia de mantenimiento reduce la gravedad (la amplitud) de los cambios repentinos de estado de ánimo, pero el paciente continúa siendo vulnerable a episodios atenuados de depresión leve o hipomanía. La búsqueda de la dosis correcta de medicamentos necesarios para suprimir los cambios repentinos de estado de ánimo con un mínimo de síntomas constituye un proceso dinámico continuo entre el médico y el paciente. Pueden emplearse antidepresivos para tratar los episodios de depresión que se produzcan, pero siempre junto con un estabilizador del estado de ánimo a dosis terapéuticas para prevenir la posibilidad de que el sujeto entre repentinamente al estado de manía.

Margarita B, una dentista de 40 años, fue llevada por su marido a la sala de urgencias psiquiátricas. Ella tenía la ilusión de haber encontrado el "secreto de la vida" y se mostraba sumamente agitada e irritable. Tenía pensamientos grandiosos y parecía sumamente paranoica hacia su marido y hacia el personal del hospital. Previamente se le había prescrito fluoxetina para la depresión. Se detuvo la administración de este antidepresivo y se le comenzó a suministrar clonacepam, un antipsicótico a dosis bajas y litio. Su psicosis desapareció con rapidez en los cuatro días siguientes. Más adelante, se redujo gradualmente la dosis de clonacepam y se detuvo cuando ella manifestó que se sentía sedada; posteriormente, fue dada de alta del hospital. Una semana después de detener la administración del antipsicótico, ella pudo regresar al trabajo.

Dos semanas después, en su segunda cita externa, la Dra. B se quejó con el psiquiatra de acné facial y un temblor en las manos que interfería con su trabajo. Este eliminó el litio y lo reemplazó por ácido valproico. En la visita de seguimiento dos años después, la paciente continuaba bien.

Un año más tarde, la Dra. B se quejó con el psiquiatra que su vida le resultaba "aburrida" y de que había comenzado a beber alcohol en cantidades cada vez mayores. Después dejó de tomar el ácido valproico y quedó en estado hipomaniaco. Fue difícil para el psiquiatra convencerla de que necesitaba continuar tomando el medicamento por el resto de su vida. Conforme su episodio de manía aumentó, ella inició un amorío con un hombre al cual no conocía previamente y gastó de manera impulsiva 10 000 dólares para ir con él a un crucero por el Pacífico del Sur por dos semanas. Al regresar la Dra. B se sintió azorada porque su marido había solicitado el divorcio y a ella la habían despedido de su empleo. Fue rehospitalizada con depresión grave.

Discusión. Muchas personas que padecen de trastorno bipolar dejan de tomar sus medicamentos para verificar si aún los necesitan, o por estar convencidos de que ya no los necesitan. En otras ocasiones, desean alcanzar un episodio de manía (un episodio "alto"); En combinación con un estado de ánimo eufórico y una falta de comprensión, este impulso conduce a una adaptabilidad sumamente mala y da lugar a dificultades continuas. Los resultados del comportamiento durante los episodios de manía también producen consecuencias que resultan deprimentes en sí, como pérdida del empleo, alteración de las relaciones personales, cargas financieras o pérdida del hogar.

## 3. PSICOTERAPIA

Los pacientes con trastorno bipolar pueden beneficiarse bastante de la psicoterapia, que les ayuda a explorar el impacto y el significado de la enfermedad en sus vidas. Los grupos de apoyo para pacientes con trastorno bipolar resultan sumamente eficaces. Dichos grupos son conducidos por profesionales de salud mental o por individuos con trastorno bipolar, pero han logrado una mayor comprensión del mismo y son más expertos con respecto a su enfermedad. La terapia de grupo, que suministra a los pacientes recién diagnosticados instrucción sobre su enfermedad y una oportunidad de expresar sus preocupaciones y obser-

**Cuadro 6-2. Comparación de medicamentos que se emplean para tratar la manía**

| *Medicamento (nombre comercial) ** | *Usos* | *Dosis inicial y de mantenimiento* | *Efectos secundarios* | *Efectos secundarios graves que pueden hacer necesaria la descontinuación* | *Posibles mecanismos de acción* | *Interacciones farmacológicas* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Litio (Eskalith, Lithobid) | Prevención y tratamiento de manía, hipomanía y trastorno esquizoafectivo. Como tratamiento y agente de aumentación para depresión unipolar. Tratamiento del comportamiento impulsivo y agresivo | 300 mg dos veces al día. Aumentar hasta alcanzar concentraciones séricas de 0.5-1.4 geq/L | Acné, caída del cabello, temblor de manos, boca seca. aumento de peso, aumento de sed y orina, incomodidad GI, debilidad, problemas cognoscitivos leves (memoria a corto plazo, concentración) | Insuficiencia renal. hipotiroidismo | Bloquea la inositol-1 fosfatasa, que disminuye la respuesta celular ante múltiples neurotransmisores | Los niveles de litio disminuyen por deshidratación, ejercicio, diuréticos tipo tiacidas, neurolépticos y FAINE (p. ej., ibuprofeno) |
| Carbamacepina (Tegretol) | Prevención y tratamiento de manía, hipomanía (no aprobado por la FDA). Tratamiento de comportamiento impulsivo y agresivo | 200 mg tres veces al día. Aumentar hasta concentraciones séricas de 6-12 μg/dl | Visión borrosa o doble, fatiga, náusea, marcha atáctica. afección cognoscitiva leve | Leucopenia (disminución del recuento de leucocitos), aumento de las pruebas de funcionamiento hepático, hiponatremia. agranulocitosis, anemia aplásica | Actúa sobre los canales iónicos neuronales, reduciendo los disparos de alta frecuencia. Afecta a muchos neurotransmisores: GABA, serotonina, dopamina y noradrenalina | Disminuye los niveles séricos de benzodiacepinas, ATC, neurolépticos y píldoras anticonceptivas |
| Acido valproico (Depakote, Depakene) | Prevención y tratamiento de manía, hipomanía. Puede ser más eficaz que el litio para TBA mixto de ciclos rápidos. Manía por afecciones médicas o uso comórbido de sustancias. Tratamiento del comportamiento impulsivo y agresivo | 250 mg dos veces al día. Aumentar hasta concentraciones bajas de 45-100 μg/ml | Alteraciones GI, temblores, caída transitoria del cabello. aumento de peso, reducción asintomática de plaquetas y leucocitos | Pancreatitis, agranulocitosis, hepatitis grave o insuficiencia hepática | Aumenta las concentraciones de GABA y neuropéptido inhibitorio | Los ISRS aumentan los niveles de valproato. El ácido valproteo aumenta los niveles de ATC, digoxina y warfarina (todos ellos enlazados con proteínas) |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Gabapentina (Neurontin) | Posible tratamiento de hipomanía y manía aislada o con los agentes mencionados más arriba (no aprobado por la FOA) | 300 mg tres veces al día hasta 3 600 mg al día | Náusea, somnolencia, fatiga, mareo, trastornos GI, aumento de peso, visión doble | Crisis oculógira. comportamiento agresivo en niños | Desconocido. Se enlaza con el canal del calcio con posible actividad antagónica | El ácido valproico aumenta los niveles de gabapentina |
| Lamotrigina (Lamictal) | Posible tratamiento de hipomanía y manía (no aprobado por la FDA) | 50 mg dos veces al día. Aumentar hasta 100 mg dos veces al día | Náusea, somnolencia, mareo, aumento de peso, erupción cutánea | Necrólisis epidérmica tóxica (síndrome de Stevens-Johnson) | Estabiliza la membrana presináptica, inhibe la liberación de neurotransmisores excitatorios | El ácido valproico aumenta los niveles. La coadministración de carbamacepina puede disminuir los niveles o neurotoxicidad |
| Verapamil (Celen, Isoptin) | Tratamiento de manía aguda en -pacientes que responden al litio | 90-360 mg dos o tres veces al día | Mareo, enrojecimiento facial, aumento de frecuencia cardiaca, náusea | Parkinsonismo | Bloquea los canales del calcio disminuyendo el efecto de excitación de los neurotransmisores | Aumento del riesgo de neurotoxicidad con litio o carbamacepina. Aumento del riesgo de parkinsonismo y frecuencia cardiaca más lenta con litio. Aumento del riesgo de parkinsonismo con antipsicóticos . |

[1]Abreviaturas: ATC, antidepresivos tricíclicos; FAINE, fármacos antiinflamatorios no esferoides; FDA, Administración de Fármacos y Medicamentos; GI, gastrointestinal; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; TBA, trastorno bipolar afectivo.

var cómo se ajustan otras personas al diagnóstico, constituye una parte fundamental de todo plan de tratamiento. Con frecuencia las familias están afectadas por el trastorno bipolar de ese miembro y también se benefician de la terapia familiar o del apoyo y la instrucción que reciben en grupos como NAMI *(National Alliance for the Mentally III,* Alianza Nacional para Enfermos Mentales).

Una mujer comentó lo siguiente:

> Nada volvió a ser igual después de que cumplí 10 años y mi madre presentó su primer episodio de manía. Mis padres se divorciaron y mi madre me crió. En ocasiones nos iba muy bien, cuando ella actuaba como antes; pero cuando dejaba de tomar sus medicamentos, traía al hogar hombres que me asustaban, actuaba como loca y me dejaba sola toda la semana mientras gastaba todo el dinero que habíamos ahorrado. Después se sentía demasiado deprimida como para pararse de la cama algunas semanas y yo tenía que quedarme en casa a cuidarla, sin asistir a la escuela. Nunca sabía que esperar: ella actuaba como varias personas distintas, todas en el mismo cuerpo, y yo nunca sabía cómo se comportaría. Cuando era muy pequeña pensaba que de alguna manera esos cambios eran mi culpa.

## CREATIVIDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Desde hace tiempo se sospecha que existe una relación entre los trastornos del estado de ánimo y la creatividad. Se cree que muchos poetas notables, artistas y músicos padecían trastornos del estado de ánimo, entre ellos Edgar Allan Poe, William Blake, Vincent van Gogh, Georgia O'Keefe, Charles Mingus, Tennessee Williams y Gustav Mahler. Algunos (por ejemplo William Styron) escribieron sus experiencias sobre trastornos de estado de ánimo. Los estudios recientes que emplean entrevistas estructuradas, grupos de control apareados y criterios diagnósticos rigurosos, demuestran una fuerte asociación entre los trastornos del estado de ánimo y la creatividad.

En cierto estudio realizado en 1970 con 30 escritores creativos, se observó que 80% había experimentado por lo menos un episodio de depresión grave y casi la mitad informó hipomanía o manía. En otro estudio una tercera parte de los escritores británicos destacados y artistas visuales incluidos había recibido tratamiento por algún trastorno del estado de ánimo; la mitad de los poetas había requerido cuidados psiquiátricos extensos. En otros estudios, las tasas de suicidio, depresión y trastorno bipolar entre los artistas fueron 18 veces más comunes que en la población general.

Tal parece que diversos rasgos de la hipomanía conducen a la creatividad. Los estilos cognoscitivos que se asocian con la hipomanía como pensamientos de expansión y estados de ánimo grandiosos pueden conducir a un aumento de la producción y velocidad del pensamiento. Los individuos hipomaniacos tienden a emplear el lenguaje de manera más creativa que los controles normales. Las cualidades, como capacidad para trabajar con gran energía y enfoque, experimentar revelaciones profundas y profundidad emotiva, trascender los aspectos mundanos de la vida y evocar un sentido de significado y propósito superior, se prestan a logros creativos. Los pacientes con trastorno bipolar y cambios repentinos de estado de ánimo bien controlados quizá no alcancen los periodos de creatividad que se derivan de los episodios de manía. Desafortunadamente, la asociación entre los trastornos del estado de ánimo y el abuso de sustancias, el suicidio y la tendencia a sobreestimar la productividad que se deriva de los breves episodios de manía y a pasar por alto la inevitabilidad y el impacto de los consecuentes episodios depresivos representan algunos de los aspectos negativos de la relación entre los trastornos del estado de ánimo y la creatividad. Este dilema indica la necesidad de que el terapeuta y el paciente examinen los efectos de la enfermedad y su tratamiento sobre la creatividad de manera dinámica y continua.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los pacientes maniacos se caracterizan por su capacidad para inducir fuertes emociones en otras personas. Entre los profesionales de la salud, es probable que los médicos tengan alguna dificultad específica para tratar con los pacientes maniacos. Este tipo de sujetos, en especial los de tipo hipomaniaco, pueden resultar encantadores, interesantes y divertidos y con frecuencia inducen sentimientos iniciales de buen humor y bienestar entre las personas que interactúan con ellos. Sin embargo, inclusive el maniaco de mejor naturaleza llega a sobrepasar los límites y da lugar a molestias y frustración. Quienes padecen formas de manía más grave, en especial estados mixtos con presencia de irritabilidad, pueden ser sarcásticos, dominantes y manipuladores y dejar a los miembros del personal sintiéndose frustrados, enojados, irritables,

asustados, incompetentes o fuera de control. Los casos más graves de manía con rasgos psicóticos inducen en el personal de tratamiento reacciones similares a las que presentan quienes trabajan con pacientes que padecen esquizofrenia. Por lo tanto, el personal se siente perturbado, confuso o sumamente asustado.

Cierto estudiante de medicina de tercer año entrevistó a una paciente hipomaniaca frente a varios de sus compañeros. Ella, igual que el estudiante, era menor de 20 años. La entrevista se inició bien, con ambos hablando de manera casual y con preguntas abiertas. Pero conforme la entrevista progresó el estudiante intentó formular preguntas más estructuradas y la paciente mostró cada vez más sentido del humor y comenzó a coquetear. En determinado momento se inclinó hacia adelante como para provocarlo y le dijo "deberías ser menos serio". Después perdió todo interés en él y comenzó a interactuar con los demás estudiantes presentes en la habitación, preguntándoles "¿no creen que este chico es guapo, pero verdad que necesita ser menos serio?, ¡vamos a ver si podemos ayudarlo!" El estudiante, mientras tanto, se sentía cada vez más impotente. Reconocía que había perdido el control de la entrevista y se sentía avergonzado por haber fallado frente a sus compañeros. Hizo un último intento de recuperar el control diciendo "soy médico y estoy a cargo de usted. ¡Estoy efectuando una entrevista!" La paciente se rió y le contestó "seguramente aprendiste ese diálogo de algún programa de televisión como ER (Sala de Urgencias)". Los demás estudiantes se rieron nerviosamente con la paciente y el entrevistador se desplomó en su silla con la cara y orejas enrojecidas.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DEL TRASTORNO BIPOLAR

Las investigaciones han demostrado que los médicos con antecedentes culturales diferentes a los pacientes con trastorno bipolar con rasgos psicóticos, a menudo les diagnostican esquizofrenia. Este diagnóstico erróneo suele conducir a un tratamiento incorrecto, con medicamentos antipsicóticos a dosis altas y por periodos prolongados. La exposición a los antipsicóticos ocasiona que las personas que padecen trastorno bipolar corran el riesgo innecesario de desarrollar discinesia tardía y al mismo tiempo pierdan la oportunidad de comenzar el tratamiento con estabilizantes del estado de ánimo. Por lo tanto, es probable que estos sujetos continúen presentando síntomas y experimenten más deterioro psicosocial.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Las consideraciones éticas en el trastorno bipolar son similares a las de la depresión unipolar. De manera específica, los cambios del estado de ánimo a menudo van acompañados de cambios profundos en el juicio y la comprensión. Los pacientes que experimentan manía también suelen ser particularmente impulsivos y por lo tanto están expuestos a actuar siguiendo sus pensamientos de grandiosidad, gastando grandes sumas de dinero o participando en comportamientos sexuales de alto riesgo. Además, es probable que la manía sea egosintónica; es decir, al paciente no le resultan opresivos los síntomas de manía y ni siquiera se da cuenta de que se está comportando de manera incorrecta. Por lo tanto el médico a cargo afronta la dificultad de sucumbir al deseo de hospitalizarlo de manera involuntaria para protegerlo.

Cuando el sujeto maniaco plantea algún riesgo de atacar a otros, quizá sea necesario hospitalizarlo y posiblemente colocarle restricciones hasta que los medicamentos surtan efecto. Si el paciente amenaza a alguna persona específica, tal vez el médico se vea legalmente obligado a ponerse en contacto con la posible víctima y avisar a la policía. Si el paciente maniaco participa en comportamiento sexual de alto riesgo, tal vez el médico se sienta obligado a advertir a su cónyuge o a otras personas con lazos importantes; y si el enfermo no está de acuerdo con esto, quizá demande al médico por romper la confidencialidad. Estos casos son particularmente problemáticos, en especial cuando el paciente se encuentra en estado maniaco y está infectado por el virus" de inmunodeficiencia humana.

Tien V, un asiático de 50 años, ingresó a la unidad psiquiátrica de internos de un retén psiquiátrico. Tenía antecedentes de un episodio de manía con rasgos psicóticos idénticos al actual, el cual desapareció con prontitud cuando se le prescribieron antipsicóticos y había estado estable con litio hasta que dejó de tomar el medicamento, una semana antes de la actual hospitalización. Durante el episodio anterior expresó su gratitud al personal de psiquiatría por haberle prescrito neurolépticos. Cuando fue dado de alta dijo al personal médico: "si vuelvo a verlos alguna vez, asegúrense de darme este medicamento, aunque yo me niegue a ello". Sin embargo, en esta ocasión se negaba a tomar todo tipo de

medicamento diciendo: " ¡yo me siento muy bien!, ¡no necesito medicamentos y no importa lo que les haya dicho antes!"

El psiquiatra de la unidad argumentó que sería conveniente reiniciar los medicamentos del Sr. V ocultándolos en sus alimentos. Se basó principalmente en la noción de que así actuaría no sólo teniendo en cuenta los mejores intereses del Sr. V, sino también con sus deseos en estado no psicótico. El personal de enfermería determinó que el Sr. V tenía derecho a una audiencia para decidir cuál sería el curso de acción más indicado. El abogado del hospital recomendó la audiencia legal por no contar con "direcciones por adelantado" por escrito con respecto a los medicamentos (llamada también contrato de Ulises).

Teniendo en cuenta los deseos previos del Sr. V, se le administró una inyección intramuscular de antipsicóticos en contra de su voluntad. Se consideró que administrarle los medicamentos ocultos no era aconsejable. Después de una semana, su episodio de manía se alivió lo suficiente como para que estuviese de acuerdo en tomar estabilizadores del estado de ánimo. Cuando mejoró, dio las gracias al equipo psiquiátrico por haberlo tratado involuntariamente teniendo en cuenta sus deseos originales.

## CONCLUSION

Los trastornos bipolares afectan a un pequeño porcentaje de la población a nivel mundial, y sin embargo constituyen un trastorno psiquiátrico fascinante y de importancia. Las características clínicas de la hipomanía, incluyendo incremento de la energía y de la autoconfianza, de la motivación y la creatividad, representan un estado idealizado para muchas personas. La relación demostrada entre los trastornos del estado de ánimo y la creatividad señala la naturaleza singular del estado de manía. Sin embargo, el costo del trastorno bipolar sin tratamiento, que ocasiona cambios repentinos y sin control del estado de ánimo, son considerables. Actualmente se dispone de tratamiento eficaz para la mayoría de los que padecen trastorno bipolar, pero el principal obstáculo para quienes viven en este trastorno psiquiátrico es que con frecuencia el enfermo se niega a aceptar dicho trastorno y no acepta la necesidad de usar tratamiento toda su vida. El reto del clínico consiste en forjar una alianza de trabajo con estos pacientes, controlar su propia contratransferencia y ayudarlos a aceptar tanto los beneficios como las implicaciones de vivir con este trastorno.

## REFERENCIAS


American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder. Am J Psychiatr 1994;151(suppl.):12.

Bipolar Disorder (National Institutes of Mental Health gopher server). http://www.auburn.edu/~mcquedr/psychinfo/bipolar.htm

Bowden C: Predictors of response to divalproex and lithium. J Clin Psychiatr 1995;56(Suppl. 3):25

Dubovsky S, Buzan RD: Novel alternatives and supplements to lithium and anticonvulsants for bipolar affective disorder. J Clin Psychiatr 1997;58(5):224.

El-Mallakh RS: New insights into the course and prognosis of bipolar disorder. Psychiatr Ann 1997;27:478.

Forster P: Bipolar disorder: assessment and definitive treatment in an acute care setting. *Bipolar Disorder Update* (Teleconference Program Synopsis), Annenberg Center Publication, 1996.

Gadde KM, Krishnan RR: Recent advances in the pharmacologic treatment of bipolar illness. Psychiatr Ann 1997; 27:496.

Goodwin FK, Jamison KR: *Manic Depressive Illness.* Ox ford University Press, 1990.

Jamison KR: *An Unquiet Mind.* Knopf, 1995.

Jamison KR: *Touched By Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament.* Simon & Schuster, 1994.

Janicak PG, Levy NA: Rational copharmacy for acute mania. Psychiatr Ann 1998;28(4):204.

Swann AC: Manic-depressive illness and substance use. Psychiatr Ann 1997;27(7):507.

# Trastornos de ansiedad 7

*David Elkin, MD y Cameron S. Carter, MD*

La ansiedad es un síntoma psiquiátrico sumamente común, igual que cualquier emoción normal. Todas las personas experimentan ansiedad en algún momento en el curso de sus vidas. No obstante, la ansiedad es patológica cuando ocurre junto con otros trastornos como depresión, o cuando los síntomas y comportamientos relacionados con ella son tan graves y ocurren con tal frecuencia que interfieren con el trabajo o las relaciones. Los trastornos de ansiedad incluyen trastorno de pánico, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y fobias específicas. El trastornos de tensión postraumática también corresponde a los trastornos de ansiedad y se trata en el siguiente capítulo. En el cuadro 7-1 se describen las principales características de estos trastornos.

Es fundamental que todos los médicos tengan experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad. Quienes sufren estas perturbaciones, en particular quienes padecen trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada, suelen presentarse al médico de cuidados primarios solicitando atención para los síntomas físicos que se relacionan con el trastorno de ansiedad. Dichos síntomas suelen incluir dolor torácico, dolor de cabeza, falta de aliento, mareo, malestar gastrointestinal, por ejemplo, dolor de estómago, o la sensación de tener algo atorado en la garganta. El enfermo suele sentirse más cómodo al hablar de los síntomas físicos del trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. Más de las tres cuartas partes de las personas con ataque de pánico se presentan en clínicas, usualmente en las salas de urgencia de los hospitales o en el consultorio del médico general o familiar.

Los síntomas físicos a menudo conducen a evaluaciones e investigaciones diagnósticas prolongadas que resultan costosas y poco reveladoras. En algunos estudios se llevaron a cabo hasta cinco pruebas y procedimientos por paciente, y esta persona fue referida un promedio de dos veces a servicios especializados como cardiología, gastroenterología y neurología. El aumento de presiones económicas incrementa las expectativas de que los médicos que trabajan en organizaciones médicas de la salud o que contratan servicios de cuidados sean capaces de evaluar y tratar los trastornos de ansiedad.

Cuando se pasan por alto estos diagnósticos el paciente experimenta considerable sufrimiento y el médico se siente frustrado. Los sujetos que padecen trastornos de ansiedad deben someterse a detecciones adecuadas de posibles enfermedades médicas que simulen los síntomas, además de investigación de depresión grave y uso de sustancias. Se indica al enfermo que evite el uso de cafeína o medicamentos que aumenten su ansiedad. El tratamiento de los trastornos de ansiedad generalmente consta de psicoterapia y medicamentos que son eficaces para aliviar los síntomas y evitar recidivas.

## TRASTORNO DE PANICO: CARACTERISTICAS CLINICAS

Quienes padecen **trastorno de pánico** sufren ataques repetidos de ansiedad grave. Los síntomas de estos ataques aumentan poco a poco, y duran hasta 20 o 30 minutos en resolverse. Estos síntomas pueden dividirse en tres categorías discretas.

En primer lugar se produce una experiencia **afectiva** o emotiva del ataque. El sujeto experimenta suma ansiedad o temor, como si algo lo amenazara. Una paciente describió sus emociones durante el ataque diciendo "Siento como si hubiera un tigre rugiendo cerca de mí, a unos cuantos metros; pero en realidad no hay nada, es tan sólo mi temor".

El paciente típico describe múltiples síntomas de tipo **somático,** o físico, que suelen incluir palpitaciones cardiacas, frecuencia cardiaca rápida, falta de aliento, cosquilleo en las extremidades y la cara, suda-

**Cuadro 7-1. Características clínicas de los trastornos de ansiedad**

| *Trastorno de ansiedad* | *Características clínicas* |
|---|---|
| Trastorno de pánico | Los ataques de ansiedad son por episodios, ocurren espontáneamente y producen síntomas físicos (p. ej., palpitaciones, falta de aliento, parastesias) |
| Fobia social | Los ataques de ansiedad ocurren cuando el paciente considera que constituye el centro de atención |
| Trastorno de ansiedad generalizada | Ansiedad abrumadora (no episódica) con síntomas físicos y emotivos |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | Obsesiones y compulsiones con ansiedad acompañante (el síndrome dismórfico corporal es uno de los subtipos) |
| Fobia específica | Ansiedad y temor extremos secundarios a exposición a ciertos estímulos (p. ej., alturas, insectos, animales) |
| 'rastorno de tensión postraumática | Síndrome de ansiedad tras alguna circunstancia que ponga en peligro la vida (p. ej., desastre, accidente automovilístico, crimen) con entumecimiento, pánico, hipervigilancia y reflejos de sorpresa |

ción, mareo o vértigo, sensación de opresión o hundimiento en el estómago, y sensación de objeto extraño en la garganta. Dichas sensaciones físicas en ocasiones predominan, lo que conduce a los pacientes a pensar que se encuentran físicamente enfermos.

Por último, muchos manifiestan un componente cognoscitivo, el terrible pensamiento de que algo grave está a punto de ocurrirles. Con frecuencia creen que están a punto de morir y la urgencia de esta idea, junto con sus síntomas físicos, los conduce a presentarse una y otra vez a la sala de urgencias o al consultorio de médicos internistas, médicos generales, cardiólogos, o neurólogos.

## INCIDENCIA

El trastorno de pánico afecta de 1 a 2% de la población. La edad modal de inicio es en la tercera década, aunque puede presentarse a cualquier edad. La proporción de preponderancia entre mujeres y varones es aproximadamente de 1.5-2:1. Las tasas de prevalencia son hasta de 10% en pacientes externos.

## CAUSAS

### Factores biológicos

Se cree que los ataques de ansiedad que caracterizan al trastorno de pánico reflejan desequilibrio de los sistemas neurales que participan en la ansiedad normal, la excitación y la nocicepción (percepción de peligros potenciales). Se cree que estas anormalidades incluyen la participación de las catecolaminas centrales, además del neurotransmisor inhibitorio ácido gammaaminobutírico (GABA).

La elevada tasa de concordancia del trastorno de pánico en gemelos monocigóticos (hasta de 90%) apoya fuertemente su causa biológica. Se tiene evidencia adicional de la importancia de los factores biológicos gracias a estudios de imagen cerebral, modelos animales, e inducción de ataques de pánico en individuos afectados (mediante infusión de lactato, o al respirar dióxido de carbono). La relación que se observa entre el trastorno de pánico y el prolapso de la válvula mitral, una afección cardiaca frecuente, ha sido conocida durante años, aunque la vinculación entre ambos trastornos es poco clara.

### Factores psicológicos

Los individuos que padecen trastornos de ansiedad en la niñez tienen más posibilidades que la población general de presentar dichos trastornos y depresión en la etapa adulta. Los trastornos de ansiedad en la niñez predisponen a los individuos a presentar problemas en la etapa adulta ya que sensibilizan su sistema límbico y los acondiciona para reaccionar más ante sus estados emotivos internos. Por otra parte, los trastornos de ansiedad pueden ser simplemente una afección que dure toda la vida y que aparezca desde las etapas infantiles.

## VALORACION DIAGNOSTICA

El trastorno de pánico se inicia con la presentación inesperada de un **ataque de pánico,** el cual es un conjunto de síntomas imprevistos de ansiedad y de tipo físico que resultan aterradores para el paciente. Quizá éste solicite atención médica de urgencia en ese momento. La mayoría de las personas recuerdan su primer ataque con abundantes detalles y muchos pueden indicar la fecha exacta, la ubicación y otros detalles mínimos. En general los síntomas vuelven a presentarse y el paciente comienza a anticipar y temer su recurrencia. Esto se denomina **ansiedad anticipatoria.**

Quienes padecen esta enfermedad quizá también comiencen a evitar aquellas situaciones en las cuales podrían experimentar un ataque y no podrían obtener ayuda con facilidad o retirarse sin vergüenza. Esto se

conoce como **agorafobia,** y las situaciones típicas que se evitan incluyen manejar en tráfico pesado o en carreteras, puentes o túneles, o encontrarse en sitios de aglomeraciones o en espacios abiertos. La presencia de ansiedad anticipatoria y agorafobia son indicios importantes de que existe un trastorno de pánico, e indican al examinador la necesidad de investigar con cuidado los fenómenos de este tipo de afección.

La ansiedad persistente y grave mina en forma considerable la confianza del individuo en sí mismo y su autoestima. Muchas personas que padecen trastornos de pánico y otros trastornos de ansiedad también se quejan de síntomas de disociación, los cuales suelen consistir de episodios de **desrealización** (sensación de que el mundo no es real, sino más bien como un sueño) o **despersonalización** (la sensación de encontrarse fuera de sí mismos o de que las partes del cuerpo no pertenecen a la propia persona). Los síntomas de disociación pueden resultar sumamente aterradores.

El mareo es un síntoma común en el trastorno de pánico y quizá constituya el enfoque de la presentación del paciente. Alrededor de la tercera parte de las personas en quienes se investiga la presencia de trastornos vestibulares y que se queja de mareo padece trastorno de pánico. Un indicio de este diagnóstico es que estos sujetos no describen sensación de vértigo. Más bien, se quejan de una sensación de inestabilidad, junto con la sensación de que van a caerse o colapsarse. Quizá en realidad caigan al suelo para evitar un verdadero colapso. El desarrollo de comportamientos fóbicos como quedarse cerca de alguna pared, algún mueble, o de algún compañero que pueda ofrecer apoyo físico durante el ataque es frecuente. Una investigación cuidadosa de los antecedentes revelará la fenomenología completa del pánico (cuatro o más síntomas con frecuencia mínima y la duración del trastorno).

Un concepto erróneo, pero común, con respecto al trastorno de pánico es que los ataques ocurren cuando la persona se encuentra bajo tensión. De hecho, se observa con mayor frecuencia cuando la persona está relajada o participa en alguna actividad no amenazante. En contraste, en las fobias sociales y en las fobias simples la ansiedad paroxística es desencadenada por agentes estresantes específicos, por ejemplo, hablar frente a un grupo grande. Aunque muchos pacientes manifiestan que el ejercicio reduce sus niveles de ansiedad, otros observan que el ejercicio puede inducir un ataque.

Angela L, una soltera de 26 años, estudiaba el último año en la escuela de medicina. Se presentó al médico familiar solicitando una segunda opinión con respecto- al problema de mareo persistente que había padecido de manera intermitente por varias semanas. Acudió al neurólogo, quien efectuó un examen físico y neurológico completo, biometría hemática básica y química sanguínea y ordenó una tomografía computadorizada (TC) de cráneo. Todas las pruebas arrojaron datos normales. Entonces se la envió a un otorrinolaringólogo, quien informó que las pruebas de funcionamiento vestibular eran equívocas y aseguró a la Srita. L que su caso no era nada grave.

Al preguntarle sus síntomas, la Srita. L describió un episodio inicial en el que sintió que el suelo se movía, el cual se presentó de manera repentina durante sus rondas matutinas. Ella sintió que iba a perder el equilibrio y caer. Esta sensación la alarmó, de modo que se sentó con prontitud. Dicha sensación desapareció dos o tres minutos después y ella reanudó sus rondas. Aproximadamente una semana después la experiencia recurrió en el mismo medio y duró varios minutos, por lo cual ella decidió solicitar una evaluación médica. Posteriormente experimentó varios episodios similares.

Además del sentimiento de inestabilidad y el temor de perder el equilibrio y caer, la Srita. L sufrió una sensación de alarma, pero pensó que era coherente con las circunstancias. Su corazón latía con rapidez, se sentía ansiosa y temblorosa, y experimentó una sensación de irrealidad. Durante estos episodios generalmente se sentaba, si le era posible. Comenzó a sentir temor al realizar las rondas matutinas y siempre se colocaba junto a la pared para apoyarse en ella si perdía el equilibrio. En varias ocasiones se reportó enferma.

Posteriormente, el médico familiar le prescribió alprazolam, una benzodiacepina de acción breve, y para sorpresa de la Srita. L sus síntomas se aliviaron. Cuando fue enviada al psiquiatra, la Srita. L tomaba una píldora todas las mañanas antes de las rondas y no había vuelto a sufrir un episodio en varios días, aunque le preocupaba de manera constante su posible aparición.

La ansiedad continua de la Srita. L condujo al psiquiatra a modificar gradualmente el tratamiento con benzodiacepinas al inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) paroxetina. Además, la Srita. L se unió a un grupo de apoyo para personas que padecían trastorno de ansiedad y se sintió sorprendida y aliviada de saber que otras personas también padecían su misma afección. Además, se sintió aliviada de no padecer ningún problema médico grave y pronto todos sus síntomas desaparecieron.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico (eje I).

El trastorno de pánico con frecuencia se acompaña de una sensación de vergüenza y pena. En consecuen-

cia, quizá se considere como un "secreto de familia", el cual no se menciona hasta que el paciente toca el tema.

Ricardo W, un señor de 64 años, fue a visitar a su hija, que era psicóloga. El había padecido un "problema en el oído interno" durante años. Los síntomas se iniciaron cuando tenía 31 años e incluían mareo extremo, palpitaciones, ansiedad y temor siempre que manejaba sobre algún puente. Tenía que dejar que otra persona manejara, o detener el vehículo para esperar que el ataque desapareciera, generalmente en un lapso de 30 minutos. Con el transcurso del tiempo los síntomas se hicieron más intensos y frecuentes y se le presentaban siempre que manejaba en carreteras con pendiente o ascenso pronunciados. El Sr. W solía granear sus rutas en un mapa para asegurarse de evitar todos los puentes y colinas. Desgraciadamente, esto prolongaba sus viajes hasta dos horas.

En la escuela, la hija del Sr. W. tomó un curso sobre trastornos de ansiedad y se dio cuenta de que era muy probable que su padre sufriera trastorno de pánico. Inicialmente se sintió emocionada al explicar a su padre su diagnóstico, pero observó que él se sentía enojado y ofendido porque ella dudaba de la naturaleza física de sus síntomas. "Escúchame", le dijo, "mi corazón late muy fuerte cuando me da esto y en ocasiones siento que se me va a parar; esto no es simplemente una afección mental." Se negó a seguir la sugerencia de su hija de consultar a algún profesional de salud mental.

Como sabía que el trastorno de pánico suele presentarse de manera familiar, la psicóloga investigó entre otros miembros de su familia y encontró que cuatro parientes del lado paterno también sufrían "problemas del oído interno" con síntomas similares a los de su padre.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico (eje I).

Con frecuencia los trastornos de ansiedad se manifiestan acompañados de quejas somáticas significativas. Quizá los pacientes se presenten al médico mencionando más de 12 síntomas físicos y a menudo recibirán el diagnóstico erróneo de trastorno de somatización (véase cap. 9). El paciente promedio que padece trastorno de pánico consulta a más de 10 médicos en el curso de más de una década antes de recibir un diagnóstico correcto. Algunas personas están conscientes de que sus síntomas tienen un componente emotivo, pero se sienten avergonzadas o apenadas de comunicarlo.

Guillermo S, un ejecutivo de 43 años, se presentó a la sala de urgencias y solicitó que le tomaran la presión. Se había comunicado al hospital desde el teléfono de su automóvil 20 minutos antes, cuando sintió un dolor persistente en el tórax que comenzó mientras iniciaba el largo viaje a casa, procedente del trabajo. Cuando el Sr. S se salió de la carretera tenía sensación de ligereza en la cabeza, dificultad para aspirar suficiente aire y percibía el inicio de un dolor intenso y punzante que comenzaba en el tórax y se irradiaba hacia su brazo izquierdo. Además, se sentía enrojecido, sudoroso y tenía sensación de irrealidad. Temió que le estuviera dando un ataque cardiaco que lo dejara inconsciente mientras manejaba. Entonces se detuvo y se comunicó a la sala de urgencias.

El Sr. S tenía prolongados antecedentes de hipertensión lábil y tomaba captopril y un bloqueador beta. Durante el examen se sintió agotado, aunque el dolor casi había desaparecido y sus otros síntomas habían cesado.

El Sr. S describió que había presentado estos síntomas casi todo el año. Los episodios de dolor torácico ocurrían con mayor frecuencia mientras trabajaba en el hogar, en su oficina, al manejar o al volar, lo cual había tenido que hacer con más frecuencia en este periodo porque su socio mayoritario en los negocios se incapacitó tras un ataque cardiaco. El Sr. S había restringido su actividad física, en particular cuando presentó episodios de dolor frecuente, y como resultado aumentó 19 kilogramos en los últimos meses durante los cuales su hipertensión empeoró. Su internista le ordenó un estudio de TC de la parte superior, que arrojó resultados normales. La prueba de esfuerzo con electrocardiograma (ECG) (en la cual el paciente se ejercita en una caminadora) no reveló problemas de flujo sanguíneo cardiaco, a pesar de que se presentó un ataque de dolor en el curso de la misma.

El Sr. S se describió a sí mismo como exitoso, optimista y altamente productivo. Estaba casado, tenía cinco hijos y era miembro activo de su comunidad. Negó padecer tensiones importantes en su vida, a pesar del incremento considerable de demandas en el empleo. Como parte de su profundo compromiso con su iglesia, asumió la supervisión de una adolescente perturbada, y la noche anterior había sido necesario llevar a esta jovencita al centro de salud mental comunitario de la localidad porque expresó pensamientos suicidas. El Sr. S observó que, aunque él no se preocupaba, siempre estaba "pensando" en los sucesos de su vida y, como resultado, tenía dificultades para dormir.

La madre del Sr. S había muerto hacía casi tres años tras una prolongada enfermedad por

cáncer de mama. Su padre, que era alcohólico, falleció en un accidente automovilístico cuando el Sr. S tenía tres años.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico con agorafobia (eje I).

Cada año, en Estados Unidos se llevan a cabo casi 200 000 angiogramas coronarios normales con un costo superior a 600 millones de dólares. Los estudios demuestran que por lo menos la tercera parte de los pacientes que los solicitan padecen trastorno de pánico. Cuando son referidos para pruebas no penetrantes (generalmente porque sus síntomas son menos típicos de enfermedad coronaria), se comprueba que más de la mitad de los sujetos con pruebas negativas presenta trastorno de pánico. Las ventajas de reconocer y tratar el trastorno de pánico cuando se inicia son evidentes tanto para los pacientes como para la economía nacional.

Una cuestión importante que afrontan los clínicos es decidir hasta qué grado investigar la enfermedad coronaria, una afección que pone en peligro la vida, antes de efectuar el diagnóstico de trastorno de pánico. Ciertamente, es posible que coexistan ambos problemas. La respuesta depende del paciente. En el caso anterior, la edad del Sr. S y la hipertensión persistente indicaron la necesidad de excluir de manera razonable una enfermedad coronaria. En un sujeto más joven con síntomas cardiacos atípicos, sin factores de riesgo de enfermedad coronaria y cuyos síntomas sean explicables por el diagnóstico de trastorno de pánico, el método de tratamiento más racional sería proceder con una prueba de terapia para trastorno de pánico. En vez de ello, a la mayoría de los sujetos con trastornos de ansiedad se les indica que "no padecen ninguna afección física", pero no se les refiere para que reciban instrucción y tratamiento del trastorno de pánico. Sin tratamiento, este trastorno y otros trastornos de ansiedad pueden llegar a vincularse con complicaciones graves.

Rafael J, un joven de 27 años, tenía antecedentes de "nerviosismo" y experimentó el inicio de ataques de pánico cuando fue despedido del empleo. Se encontraba caminando en la sección de carnes frías de un supermercado de la localidad cuando experimentó palpitaciones, mareo, falta de aliento y la sensación de que iba a morirse. Se sentó en el corredor pues creía que estaba sufriendo un ataque cardiaco y que moriría si continuaba caminando. El ataque duró 15 minutos, lapso durante el cual el gerente de la tienda se puso en contacto con los servicios de urgencia.

El Sr. J fue llevado a la sala de urgencias médicas de la localidad, en donde se descartó infarto al miocardio por el ECG normal y las enzimas cardiacas normales (niveles de creatincinasa sérica). El diagnóstico fue que "no padecía ninguna enfermedad médica".

El Sr. J no sabía por qué se había producido ese episodio, pero se. sintió mejor cuando lo dieron de alta. Sin embargo, al regresar al supermercado la semana siguiente, experimentó una sensación creciente de ansiedad. Comenzó a pensar en la posibilidad de que le volviera a dar el ataque, ¿y si los médicos del hospital se habían equivocado y él realmente padecía un problema clínico grave? ¿Qué haría si quedaba incapacitado para trabajar? ¿Cómo mantendría a su familia? Observó que cada vez se sentía más ansioso y que estaba a punto de presentar el ataque. Sudando y con el corazón latiendo fuertemente salió con rapidez del supermercado.

El Sr. J descubrió que podía ir de compras a otras tiendas de abarrotes sin experimentar un ataque de pánico, cuando menos por algunas semanas. Evitó el supermercado original, inclusive cuando caminaba por el vecindario. Desarrolló un sentimiento cada vez mayor de vergüenza y pena por su comportamiento, en especial hacia sus amigos y comenzó a preguntarse "si padecería alguna enfermedad mental".

Cuando los ataques comenzaron a presentarse en otros supermercados, el Sr. J se sintió desanimado y comenzó a comprar en tiendas más pequeñas. Su esposa discutía con él sobre las grandes cantidades de dinero que gastaba al adquirir abarrotes en negocios de mayor precio. El se sintió demasiado apenado como para revelarle el motivo, pero más adelante uno de sus amigos se lo reveló. Mientras tanto, el Sr. J sentía cada vez más ansiedad al salir del hogar y presentaba ataques de pánico espontáneos una vez al día o más.

La esposa del Sr. J y su amigo lo convencieron de consultar a un internista, el cual le realizó un examen físico completo y ordenó pruebas para descartar hipertiroidismo y otros trastornos médicos. Después, el internista lo envió a un psiquiatra. Tras efectuar una evaluación completa, el psiquiatra le prescribió un antidepresivo. Después de tres semanas de tomar este medicamento, el Sr. J experimentó una notable reducción en la frecuencia de sus ataques de pánico.

Además, el Sr. J logró un alivio importante asistiendo a las sesiones semanales de psicoterapia en las cuales podía discutir su ansiedad y vergüenza por no tener trabajo. Su propio padre nunca había logrado conservar un empleo mucho tiempo y abandonó a su esposa y a su hijo cuando el Sr. J tenía siete años. Estos factores

fueron de gran importancia para el tratamiento del Sr. J.

El Sr. J también se benefició de la psicoterapia de grupo, en donde se sorprendió al encontrar a otras personas con síntomas similares. El grupo se enfocó a explicarle el trastorno de pánico y el método cognoscitivo y de comportamiento para controlar sus síntomas, asignándole "tareas" que consistían en escribir sus pensamientos mientras experimentaba el ataque de pánico y en aprender cómo detenerlos.

Alentaron gradualmente al Sr. J a salir más del hogar e, inclusive, algunos miembros del grupo lo acompañaron al supermercado donde sufrió el primer ataque. El se sorprendió de que, a pesar de experimentar una leve ansiedad, no le aterró llegar al supermercado. En la visita de seguimiento tres meses después dijo que continuaba bien, que ya no presentaba ataques de pánico ni comportamiento fóbico y que tenía un trabajo de tiempo parcial mientras buscaba otro empleo de manera activa.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico con agorafobia (eje I).

El trastorno de pánico (y otros trastornos de ansiedad) también pueden ir acompañados de síntomas disociativos como despersonalización y desrealización, los cuales quizá guíen a un diagnóstico erróneo de trastorno disociativo primario o inclusive de psicosis.

Quien padece trastorno de pánico tiene más posibilidades que otro paciente psiquiátrico de contar con antecedentes familiares de ansiedad, cambios del estado de ánimo y trastornos de abuso de sustancias. La depresión grave es un diagnóstico comórbido aproximadamente en la tercera parte de los que solicitan tratamiento. Este tipo de paciente corre también un mayor riesgo de abuso de sustancias. Por ejemplo, es posible que ingiera alcohol cuando necesita aventurarse en una situación donde cree probable tener un ataque de pánico. Se observa mayor prevalencia de hipertensión lábil entre los individuos que padecen trastorno de pánico; este grupo también muestra mayor mortalidad cardiovascular. En la década de 1980, los investigadores se sorprendieron al descubrir que hasta 10 a 20% de los sujetos que padecen trastorno de pánico intenta suicidarse.

El trastorno de pánico ejerce un impacto negativo sobre las familias. Mientras más pronto se inicie su tratamiento, hay más posibilidades de que el enfermo evite la depresión comórbida significativa, el abuso de sustancias, las ideas suicidas, o el funcionamiento alterado en el trabajo o en las situaciones sociales.

Susana C, una mujer de 33 años, ingresó al pabellón médico con pancreatitis aguda a consecuencia del consumo de alcohol en fuertes cantidades. Recibió tratamiento profiláctico para supresión alcohólica con diacepam y se le administraron multivitaminas, tiamina y folato. El estudiante médico del equipo pidió enviar a la Srita. C a una evaluación psiquiátrica cuando ella le reveló que tenía pensamientos suicidas de manera intermitente.

La Srita. C indicó al psiquiatra y al estudiante de medicina que bebía alcohol en fuertes cantidades para tratar sus "ataques". Explicó que éstos duraban de 20 a 30 minutos y se caracterizaban por palpitaciones torácicas, falta de aliento, mareo, cosquilleo en cara y manos, y la sensación de estar a punto de morir.

La Srita C. había presentado estos ataques desde los 19 años. Recordaba claramente el primero, el cual ocurrió cuando regresó a la casa de sus padres y no encontró a nadie ahí. Su padre había enfermado de cáncer y ella de inmediato pensó que había muerto. Sufrió un ataque paroxístico, el cual terminó espontáneamente 30 minutos después. De hecho, la afección de su padre había empeorado y él murió al día siguiente en el hospital.

La Srita. C experimentó un segundo ataque de pánico después del funeral. Estos ataques no recurrieron por más de un año, por lo que ella pensó que habían desaparecido, pero con el transcurso de los años comenzaron a recurrir cada vez con mayor frecuencia e intensidad. Ella nunca pensó en solicitar tratamiento, pero gradualmente comenzó a beber más alcohol para reducir su ansiedad. Abandonó sus estudios universitarios y trabajó por cierto tiempo.

Posteriormente, sufrió ataques de pánico mientras manejaba su automóvil, de modo que decidió usar el transporte público. Cuando comenzó a experimentar ataques de pánico en los camiones de transporte dejó de trabajar, decidió quedarse exclusivamente en el hogar (es decir, agorafobia), dependía de que su madre o su hermana la llevaran a las citas con el médico y experimentaba cada vez mayores sentimientos de depresión y desesperación. Aunque varios médicos la examinaron en diversas ocasiones, pocos le preguntaron sobre sus síntomas y nadie le diagnosticó el trastorno de pánico.

El psiquiatra le prescribió paroxetina, un antidepresivo que ejerce menos efectos estimulantes iniciales (la fluoxetina y la sertralina producen más síntomas de ansiedad al comenzar el tratamiento). En la visita de seguimiento dos semanas después, sus ataques de pánico habían mejorado mucho. Un mes más tarde, la depresión de la Srita. C estaba desapareciendo. Fue

capaz de tomar un autobús de larga distancia para viajar a la playa y estaba pensando en regresar a la universidad. Además, había comenzado a asistir regularmente a juntas de Alcohólicos Anónimos y, con excepción de una "recaída", había dejado de beber alcohol. En la visita de seguimiento seis meses después, la Srita. C se encontraba sumamente bien, con estado de ánimo e ideas mucho mejores.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico con agorafobia; dependencia del alcohol (eje I).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE PANICO

Cerca de 80% de los pacientes responde con prontitud al tratamiento del trastorno de pánico. Los medicamentos eficaces incluyen antidepresivos tricíclicos, ISRS, benzodiacepinas de alta potencia, como alprazolam y clonacepam, e inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO). Algunas formas especializadas de psicoterapia cognoscitiva y del comportamiento también son eficaces para tratar a estos enfermos. Dichos tratamientos los ayuda a vencer su tendencia a malinterpretar de manera catastrófica los síntomas físicos que experimentan y que pueden iniciar el ataque de pánico. El tratamiento preferido cuando la agorafobia se complica con el trastorno de pánico es la terapia de comportamiento que incluye exposición sistemática. Muchos pacientes obtienen mejores resultados con la combinación de tratamiento farmacológico, terapia cognoscitiva y exposición sistemática.

Algunos trastornos de ansiedad son reforzados de manera involuntaria por los esfuerzos de profesionales de la salud bien intencionados, especialmente cuando el sujeto presenta rasgos de personalidad dependiente, o algún trastorno de la personalidad. El médico debe dar apoyo al enfermo, pero evitar comportamientos que lo alienten a depender de los profesionales de la salud, por ejemplo, el hecho de hablar con él en el curso de cada ataque de pánico.

# FOBIAS SOCIALES: CARACTERISTICAS CLINICAS

Las **fobias sociales** se caracterizan por ataques de ansiedad similares a los que se observan en el trastorno de pánico. La diferencia es que en este último los ataques de ansiedad ocurren espontáneamente, o se relacionan con situaciones sociales, mientras que en las fobias sociales los ataques ocurren cuando la persona se encuentra en una situación en la cual puede ser criticado por otros. Quizá esto se limite a alguna situación social) específica como hablar, comer o escribir frente a otros, u orinar en baños públicos, o tal vez se generalice e incluya la mayoría de los encuentros sociales, o inclusive el hecho de hablar por teléfono.

## INCIDENCIA

Se ha estimado que las fobias sociales ocurren en 3% de la población; y su incidencia es mayor en mujeres que en varones.

## CAUSAS

### Factores biológicos

Se cree que los ataques de ansiedad que se acompañan dé fobia social son resultado de desequilibrios neuroquímicos en el SNC que dan lugar a que el individuo experimente ansiedad y temor. Los individuos con fobias sociales tienen más posibilidades de contar con antecedentes familiares caracterizados por trastornos de ansiedad, o del estado de ánimo.

### Factores psicológicos

Las fobias sociales ocurren con mayor frecuencia en adultos temerosos, tímidos o que experimentaron ansiedad desde la niñez. Las fobias sociales son más probables en la etapa adulta, cuando existe abuso emotivo, físico o sexual en la niñez, traumas en la etapa adulta, o deformidades físicas que reduzcan la autoestima.

## VALORACION DIAGNOSTICA

El diagnóstico de las fobias sociales no se tenía en cuenta con anterioridad, y aún actualmente suelen considerarse como parte de algún trastorno de la personalidad, o se diagnostican en forma errónea como trastorno de pánico. En la mayoría de los aspectos, los síntomas emotivos físicos y cognoscitivos que acompañan a los ataques se asemejan a los que se observan en el trastorno de pánico. Una persona puede presentar trastorno de pánico y fobia social simultáneamente (p. ej., ataques de pánico que ocurren de manera espontánea y también cuando el sujeto es el centro de la atención del público). Un subgrupo de los enfermos de trastorno de pánico aparentemente desarrolla un patrón de fobias sociales con comportamiento que evita el roce social en vez del patrón agorafóbico. Este patrón recibe el nombre de **fobia social secundaria.**

La fobia social se complica con otros trastornos de ansiedad, depresión, uso de sustancias (por lo general, alcohol o sedantes) y trastornos de la personalidad (en

especial de tipo dependiente, *borderline,* histriónico y evasivo). Los sujetos con estas complicaciones tienen más posibilidad de presentar alteración significativa del funcionamiento social y en el trabajo y quizá corran mayor riesgo de intentos de suicidio.

Ana P, una mujer de 37 años, solicitó a su médico familiar que la refiriera para tratamiento de ataques de pánico. Tras haber visto un programa de televisión dedicado al trastorno de pánico y la agorafobia, la Sra. P consideró que había encontrado la respuesta a un problema que había dominado su vida desde la adolescencia: el contacto con la gente la aterraba. Siempre que tenía que hablar con cualquier persona que no fuera de su familia inmediata se enrojecía y comenzaba a temblar. Se sentía avergonzada de que otros observaran que se ruborizaba y tartamudeaba y temía que opinaran que se comportaba tontamente. Cuando estaba sola en su casa temía escuchar que alguien tocara a la puerta, porque esto implicaba que era menester atender a algún extraño. El contacto visual era el principal indicio de su ansiedad intensa. Ella evitaba todo contacto social, y cuando tenía que socializar con los contactos de negocios de su marido, o asistir a juntas de la escuela de sus hijos, bebía dos o más vasos de vino para "darse valor". No padecía ataques de ansiedad cuando estaba sola.

La Sra. P indicó que de niña había sido muy tímida. Su padre era excéntrico y muy parco, insistía en que ella y su hermana llevaran ropas usadas a la escuela. Era poco asertiva y la molestaron con frecuencia durante su educación primaria y secundaria. Trabajó brevemente en una oficina hasta los 18 años, cuando se casó con su esposo que era 15 años mayor que ella. Estaba dedicada al hogar y llevaba la contabilidad del negocio de su marido.

Los antecedentes familiares de la Sra. P revelaron que su padre había padecido episodios depresivos graves, y que su hijo mayor presentaba trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo. La Sra. P nunca había solicitado tratamiento psiquiátrico y hasta hacía poco simplemente se consideraba "sumamente tímida". El negocio de su marido experimentó un revés, por lo cual ella deseaba obtener un empleo parcial para completar las finanzas familiares, pero se sentía "paralizada" siempre que pensaba en hacerlo.

**Diagnóstico.** Fobia social (eje I).

**Discusión.** Los síntomas de la Sra. P y su ansiedad anticipatoria y comportamiento fóbico extenso de evitar el contacto social parecen indicar trastorno de pánico, pero la diferencia crítica en este caso es que la Sra. P sólo se sentía ansiosa en situaciones sociales, cuando temía ser observada por otros.

## TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS SOCIALES

Las fobias sociales responden mejor a una combinación directa de psicoterapia y tratamiento farmacológico. El antidepresivo IMAO fenelcina es especialmente eficaz para su tratamiento. Los pacientes deben evitar medicamentos como la seudoefedrina y la meperidina, que aumentan la actividad del sistema nervioso simpático, y además deben seguir una dieta libre de tiramina. Estos requerimientos pueden parecer difíciles para el clínico inexperto, pero sus beneficios con frecuencia son drásticos y modifican totalmente la vida de los pacientes.

En otros tratamientos farmacológicos eficaces y mejor tolerados se emplean ISRS y benzodiacepinas de alta potencia como alprazolam y clonacepam. Algunos tipos de fobias sociales, en particular el temor a hablar en público (cuando esto ocurre de manera ocasional en la vida de la persona) se tratan sintomáticamente con dosis bajas de bloqueadores beta, que se toman de 30 a 60 minutos antes del factor tensionante para bloquear los síntomas autonómicos de ansiedad (p. ej., frecuencia cardiaca rápida, temblores y sudación).

La psicoterapia para tratar fobias sociales sigue los mismos principios que el tratamiento de otros trastornos de ansiedad: reestructuración cognoscitiva y exposición sistemática. La depresión, la baja autoestima y la falta de asertividad que tienen sus raíces en experiencias negativas en la niñez temprana a menudo requieren un método con orientación más dinámica.

Ramona S, una mujer de negocios de 35 años, se presentó para el tratamiento psiquiátrico de los ataques de pánico que solía experimentar antes de dar pláticas. En el trabajo solicitaron a la Srita. S que describiera la situación del negocio de tres a cinco veces por semana para mantener actualizado al personal de la compañía y ella reportó que en estas ocasiones sufría ataques que constaban de ansiedad extrema, palpitaciones, mareo y falta de aliento. Aunque la Srita. S se desempeñaba bien en algunas ocasiones, en otras se sentía paralizada por el temor y la pena. Se sorprendió de que ninguna de las personas que asistían a las juntas se diera cuenta cuando ella experimentaba un ataque, y desarrolló un sistema para indicar a su ayudante la necesidad de que la sustituyera durante la presentación. La Srita. S también se sorprendió de que su ayudante no sospechara de que ella

tenía problemas, y más bien consideraba que ella le daba asignaciones de último minuto para mantenerlo "activo" y evaluar su desempeño.

Este sistema funcionó bien varios años, aunque la Srita. S experimentó sentimientos crónicos de depresión leve, baja autoestima y dificultad para separarse de los amigos e intereses románticos que evidentemente aprovechaban su naturaleza generosa.

En los años antes de solicitar tratamiento, la Srita. S experimentó diversas tensiones. Fue ascendida en el trabajo y tuvo que dar más conferencias ante grupos de mayor tamaño, pero ya no pudo recurrir a su ayudante. Su padre, que era alcohólico, sufrió un ataque de apoplejía y la Srita. S no pudo negarse a su solicitud de visitarlo en su hogar, a 100 millas de distancia, por lo menos dos veces por semana.

También dejó de beber alcohol para reducir su ansiedad, porque temía beber en exceso y así seguir los pasos de su padre. No obstante, el alcohol había sido un método importante para modular sus niveles de ansiedad. Los ataques se hicieron más frecuentes y la Srita. S observó síntomas de que su depresión empeoraba: perdió el interés en actividades que anteriormente le agradaban, sufría perturbaciones del sueño y aumentó 13 kilogramos. Inicialmente dudó en usar antidepresivos, pero estuvo dispuesta a probar un bloqueador beta que tomaba antes de la conferencia. Tras usar el medicamento cerca de 12 veces, la Srita. S percibió una mayor sensación de control y su temor de presentar un ataque disminuyó.

En las sesiones de terapia semanal, la Srita. S examinó sus sentimientos de baja autoestima, tristeza y el temor a estar sola, que había albergado toda la vida. Con la ayuda de su terapeuta, trazó el origen de estos sentimientos basta el hecho de que sus padres abusaban del alcohol y eran violentos en forma errática entre sí y con sus hijos, finalmente se divorciaron cuando la Srita. S tenía 11 años. La madre ganó la custodia de los hijos y les prohibió hacerle preguntas sobre su padre. La Srita. S observó que le ayudaba identificar y expresar sus emociones en la terapia. Posteriormente, estuvo de acuerdo en probar antidepresivos combinados con psicoterapia y obtuvo buenos resultados.

**Diagnóstico.** Fobia social; distimia, trastorno depresivo no especificado de otro modo (eje I).

Como los trastornos de ansiedad a menudo se complican con algún otro tipo de trastorno, la psicoterapia suele ser un método útil para "diferenciar" los distintos trastornos y examinar las causas de los trastornos de ansiedad. Los estudios recientes sugieren que la psicoterapia también altera el curso longitudinal (de toda la vida) de las fobias sociales y el trastorno de pánico reduciendo la posibilidad y gravedad de los futuros episodios.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA: CARACTERISTICAS CLINICAS

Un episodio separado o discontinuo de preocupación persistente acompañado de insomnio, tensión o irritabilidad, y que dura más de seis meses, sugiere el diagnóstico de **trastorno de ansiedad generalizada** (TAG). Los que padecen este tipo de trastorno también suelen experimentar diversos síntomas físicos, como estimulación excesiva del sistema nervioso autónomo, incluyendo cefalea, mareo, palpitaciones cardiacas, falta de aliento, diarrea, dolores difusos, leves y graves, inquietud y fatiga.

### INCIDENCIA

El trastorno de ansiedad generalizada tiene una tasa 2:1 en mujeres con respecto a varones, aunque la tasa es 1:1 en quienes reciben tratamiento para el trastorno, lo cual implica que o bien las mujeres tienen menos probabilidad de solicitar tratamiento médico, o reciben diagnósticos erróneos con más frecuencia. Se estima que el trastorno de ansiedad generalizada tiene una incidencia en 1 a 5 % de la población general. Una minoría de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada solicita tratamiento psiquiátrico, pero muchos individuos que padecen el trastorno acuden con frecuencia a consulta como pacientes externos. La mayoría es examinada y tratada por médicos familiares o generales, internistas o especialistas cardiacos, pulmonares y gastrointestinales.

### CAUSAS

#### Factores biológicos

Igual que en el trastorno de pánico y en las fobias sociales, se cree que la neuroquímica anormal desempeña un papel importante en la producción de síntomas relacionados con la ansiedad en sujetos con trastorno de ansiedad generalizada. Los estudios genéticos indican tasas más altas de ansiedad, uso de alcohol y trastornos depresivos en los parientes de los individuos que presentan este trastorno. Los componentes emotivos y cognoscitivos del trastorno de ansiedad generalizada implican disfunción tanto del lóbulo frontal como límbica. La eficacia de las benzodiacepinas y los

antidepresivos ISRS para tratar el trastorno de ansiedad generalizada y también otros estudios de la actividad de neurotransmisores en humanos y animales indican que las vías del neurotransmisor serotoninérgico y GABA funcionan a niveles inferiores a los normales en personas con este trastorno.

### Factores psicológicos

Quienes padecen trastorno de ansiedad generalizada suelen ser más vulnerables a las tensiones y cuentan con malos mecanismos de adaptación. Además, es más probable que hayan presentado episodios de depresión grave, dependencia del alcohol y otros trastornos de ansiedad, o tienen riesgo de sufrirlos. La ansiedad y el insomnio en ocasiones se relacionan con depresión grave y distimia; por lo tanto es preciso tener en cuenta estos diagnósticos diferenciales. La presencia de depresión grave comórbida o trastorno de pánico tiene implicaciones para el tratamiento. En todos los casos es necesario investigar las causas médicas y descartarlas.

## VALORACION DIAGNOSTICA

Los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada duran por lo menos seis meses, e incluyen hiperactividad del sistema nervioso autónomo como sudación, palpitaciones, falta de aliento y mareo; los síntomas motores incluyen tensión, inquietud y contracciones musculares, y síntomas subjetivos de irritabilidad, como sentirse "a punto de estallar", padecer insomnio y tener problemas de concentración.

En algunos, la ansiedad generalizada no es un trastorno agudo, sino más bien una faceta de la personalidad. Quienes padecen el trastorno de ansiedad generalizada tienen tendencia a ser obsesivos toda la vida y cumplen con los criterios del trastorno de manera intermitente, conforme las tensiones de la vida dominan o superan su capacidad de adaptación. Como resultado, algunos expertos proponen que el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno de la personalidad; sin embargo, muchos sujetos presentan episodios aislados de ansiedad generalizada de tipo discreto (esporádica) y después regresan a la línea basal sana. Estas personas suelen preocuparse de manera excesiva e inclusive, aunque están conscientes de ello, su nivel de ansiedad se hace incontrolable. De hecho, muchos pacientes con TAG se preocupan por el propio hecho de preocuparse, lo cual alimenta el ciclo vicioso de ansiedad.

Osvaldo G, un médico casado de 41 años, se presentó a la clínica médica solicitando algún medicamento para ayudarlo a dormir. Informó que siempre había dormido mal y admitió que usualmente se sentía ansioso y además manifestó que siempre había sido "una persona tensa", y muy "preocupada". Esta característica se vinculaba con ser organizado, puntual, atento a los detalles, y a particularidades con respecto a lo que le gustaba y le disgustaba. Indicó que tenía una práctica forense amplia y dedicaba gran parte de su tiempo a evaluar a clientes que participaban en litigios, a preparar reportes y a testificar ante los tribunales. Nunca había podido "dejar el trabajo en la oficina", pero el último año había dedicado cada vez más tiempo a preocuparse por la posibilidad de olvidar detalles importantes, por no poder cumplir con las fechas de entrega, o por cometer algún error ante el tribunal, aunque, de hecho, nada de esto había ocurrido.

El Dr. G también se preocupaba cada vez más por sus finanzas y pedía a su esposa que pagara las cuentas mensualmente, porque cuando él lo hacía no podía dormir por la noche y se quedaba despierto revisando las finanzas familiares, que eran bastante sólidas. Estaba consciente de que se preocupaba en exceso, pero no podía controlarlo. Por su fatiga al despertar, el Dr. G dejó de beber té, comenzó a consumir café el mes pasado y actualmente bebía cuatro tazas al día. En el periodo anterior de 12 meses, con frecuencia se sintió tenso y tembloroso, experimentó palpitaciones, sudaba por la noche y tenía cefaleas frecuentes. También reportó comportamiento irritable hacia su esposa e hija de nueve años y demandas cada vez mayores hacia su personal. El tratamiento incluyó psicoterapia individual, dosis bajas de un antidepresivo tricíclico y reducción gradual del consumo de cafeína. El Dr. G experimentó una reducción notable de los síntomas físicos y emotivos.

**Diagnóstico.** Trastorno de ansiedad generalizada (eje I).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Muchos pacientes con este trastorno responden bien al tratamiento psicoterapéutico. El control del estrés, la terapia de relajación y la terapia cognoscitiva suelen ser tener éxito en pocas semanas o meses. Para quien tiene problemas de larga duración o que suele esperar lo peor basándose en experiencias de su desarrollo, está indicada la terapia con orientación más dinámica.

Los tratamientos farmacológicos incluyen antidepresivos tricíclicos y de otro tipo, los cuales quizá sean eficaces a dosis considerablemente más bajas que las necesarias para tratar la depresión, o el ansiolítico

buspirona. Las benzodiacepinas son de ayuda pero deben emplearse con cautela cuando los síntomas han sido de larga duración por la posibilidad de que se desarrolle dependencia.

## TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO: CARACTERISTICAS CLINICAS

El **trastorno obsesivo-compulsivo** (TOC) se caracteriza por la presencia de pensamiento obsesivo y comportamiento compulsivo. Quien lo padece experimenta pensamientos de calidad sumamente apremiante y repetitiva, que van más allá de la rumiación (obsesión). El enfermo considera que estos pensamientos son extraños y ajenos y cree que se originan "fuera" de él mismo; el término técnico para esta calidad es egodistónico. Dichos pensamientos suelen acompañarse de aumento de la ansiedad y, en general, corresponden a alguna de diversas categorías, incluyendo temores de contaminación, temor a ser dañado o de causar daño a otros, temas sexuales, o ideas idiosincráticas sin significado obvio.

### INCIDENCIA

Se piensa que de 1 a 3 % de la población de Estados Unidos padece trastorno obsesivo-compulsivo, el cual ocurre con igual frecuencia en varones y mujeres.

### CAUSAS

#### Factores biológicos

El advenimiento de técnicas avanzadas para investigar los cambios en la química y el funcionamiento cerebral ha producido asombrosas revelaciones sobre la fisiopatología del trastorno obsesivo-compulsivo. Los rastreos por tomografía de emisión de positrones (TEP) en este tipo de paciente indican una notable disminución del metabolismo en la cabeza de los núcleos caudados, junto con aumento del metabolismo en la corteza frontal orbitaria. Tras varias semanas de tratamiento con ISRS, fluoxetina o fluvoxamina, o terapia cognoscitiva y de comportamiento, las deficiencias que corresponden a mejoría de los síntomas desaparecen. Dichas observaciones sugieren que quizá la serotonina desempeñe un papel importante en los circuitos cerebrales que participan en limitar las funciones mentales repetitivas. La mayoría de los sujetos con trastorno obsesivo-compulsivo observa que sus síntomas se inician por primera vez en la adolescencia temprana, cuando el sistema de serotonina alcanza su desarrollo total en el cerebro. Algunos estudios sugieren que existe una conexión con trastornos de tipo más neurológico, como el síndrome de Tourette.

#### Factores psicológicos

Los mecanismos de defensa de tipo psicológico quizá expliquen algunas manifestaciones del trastorno obsesivo-compulsivo. El aislamiento se refiere a la separación de pensamientos y sentimientos y quizá explique la calidad tan persistente de los pensamientos obsesivos sin que se tenga conciencia de su origen. Algunos sujetos se sienten incómodos con sus propios pensamientos agresivos a un nivel inconsciente, ya sea por su temperamento, o por su educación. La represión de los sentimientos de ira hacia un individuo quizá explique los pensamientos repetitivos sobre causar daño a esa persona. En algunos casos, el objeto de los pensamientos agresivos es una persona totalmente distinta, lo que oculta aún más el origen de los sentimientos. El proceso de deshacer se refiere a la necesidad de reducir la ansiedad que producen los comportamientos compulsivos, por lo menos temporalmente, cancelando "mentalmente" un pensamiento desagradable. Así se logra que desaparezca la ansiedad que acompaña a los pensamientos obsesivos por un breve periodo de algunas horas o quizá de varios días. El empleo de acciones compulsivas para deshacer pensamientos obsesivos también incluye pensamientos mágicos, en los cuales el paciente sabe de manera lógica que contar los tabiques de una habitación no reduce la posibilidad de que alguien resulte dañado, pero la conexión irracional entre el pensamiento y la compulsión se ve reforzada por la repetición.

La relación entre las obsesiones y las compulsiones y su calidad de autorreforzamiento se explican mediante los principios de la teoría del aprendizaje. Los pensamientos obsesivos inicialmente ejercen poco impacto debido al aislamiento, pero al experimentarse de manera repetida, dichos pensamientos producen cada vez más ansiedad. El comportamiento compulsivo reduce temporalmente la ansiedad. Pronto los pacientes quedan encerrados en un ciclo de retroalimentación positiva, en la cual el comportamiento compulsivo se refuerza a sí mismo compensando al individuo con el alivio temporal de la ansiedad.

### VALORACION DIAGNOSTICA

El comportamiento compulsivo puede consistir en lavarse de manera repetida las manos, examinar los apagadores de la luz o las perillas del gas, contar; trazar líneas, o realizar otros comportamientos estereotipados. El comportamiento compulsivo hace que el paciente se sienta mejor casi de inmediato, porque alivia su ansiedad temporalmente, por lo cual dicho comportamiento suele aumentar con el transcurso del tiempo. El hecho de entender la afección no alivia la calidad incesante de las obsesiones y compulsiones. En muchos casos, el sujeto dedica cada vez más tiempo y concede más importancia a estas actividades. Algunos

sujetos quedan atrapados en "ciclos" obsesivos y compulsivos por varias horas, y son incapaces de salir de su casa, lo cual se refleja en su empleo y en sus relaciones. La pena, la vergüenza y la preocupación de estar "locos" o "tocados", evita en ocasiones que los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo describan sus problemas a otras personas y la naturaleza extraña de los síntomas ocasiona que las demás personas se distancien de ellos.

Quienes padecen trastornos obsesivo-compulsivos en general no solicitan atención médica hasta un promedio de 10 años tras el inicio de los síntomas, e inclusive entonces el diagnóstico erróneo es común. En cierto estudio, los pacientes no recibieron un diagnóstico preciso ni tratamiento hasta un promedio de seis a siete años después de haber solicitado tratamiento médico. Se estima que el costo anual de este trastorno en Estados Unidos es de 8 000 millones de dólares, incluyendo 2 000 millones de dólares de cuidados directos y casi 6 000 millones por pérdida de productividad, días de enfermedad y retiro temprano del trabajo.

Las afecciones que son concomitantes con TOC incluyen depresión; uso de sustancias; síndrome dismórfico corporal (la convicción de que alguna parte del cuerpo está deformada); trastorno de despersonalización y trastornos de tipo más impulsivo como apostar, compulsiones sexuales y estilo de personalidad impulsiva u otros trastornos (como trastorno de personalidad *borderline)* y tendencias suicidas. Los pacientes con TOC también presentan otros trastornos de ansiedad. En ocasiones, el trastorno obsesivo-compulsivo se observa en sujetos con esquizofrenia y puede ser importante en quienes padecen anorexia nerviosa, un trastorno alimenticio en el cual la persona restringe su consumo de alimentos, se encuentra frecuentemente obsesionada con respecto a ellos y adopta hábitos alimenticios que incluyen rituales complejos.

Las obsesiones se diferencian de los delirios porque el paciente comprende su naturaleza irracional. La mayoría de quienes las presentan están conscientes de que sus síntomas son extraños y conservan un sentido intacto de la realidad. Esto ayuda a los clínicos a diferenciar los síntomas del TOC de la esquizofrenia. En un subconjunto poco común de sujetos, el trastorno obsesivo-compulsivo tiene rasgos psicóticos. Los sujetos con esquizofrenia también presentan TOC, el cual quizá aumente cuando se les da tratamiento con clozapina. También es importante diferenciar entre las obsesiones y los delirios en el periodo posparto, cuando existe psicosis puerperal con ilusiones con respecto al lactante recién nacido. A diferencia de la psicosis de posparto, en la cual existe el riesgo de que las madres dañen a sus hijos, quienes padecen TOC prácticamente nunca actúan siguiendo sus ideas subjetivas de dañar a otros, a pesar de su temor de que puedan llegar a hacerlo.

El TOC se diferencia del trastorno de ansiedad generalizada porque en este caso la ansiedad se vincula con una obsesión en vez de con una preocupación ambigua por las circunstancias de la vida. El comportamiento compulsivo proporciona un alivio significativo de la ansiedad, y usualmente se lleva a cabo en respuesta a alguna obsesión (p. ej., ponerse a lavar algo de manera compulsiva en respuesta a obsesiones de contaminación, examinar algo repetidamente en respuesta a dudas obsesivas).

Gertrudis E, una muchacha de 24 años, se presentó al obstetra con la siguiente queja: "Creo que me estoy volviendo loca y temo que vaya a matar a mi bebé". Su bebé tenía siete meses y la Sra. E se sentía preocupada de manera constante por el pensamiento intrusivo de que heriría a su hijo con un cuchillo de cocina. Este pensamiento se le ocurrió por primera vez varias semanas después de dar a luz y se sentía horrorizada y atemorizada en consecuencia. Había luchado para dejar de tenerlo, pero el pensamiento regresaba a su conciencia siempre que no se encontrara ocupada mentalmente realizando algún tipo de actividad. En todas las oportunidades se resistió a dicho pensamiento y había retirado todos los objetos punzantes de su hogar. Además, dejaba con frecuencia a su bebé con su suegra durante el día, cuando su esposo no estaba en el hogar, por temor de llegar a poner sus ideas en práctica. Se sentía muy avergonzada por esos pensamientos y no se los reveló a nadie hasta que habló con su obstetra.

Dormía mal, se sentía abrumada e impotente y la semana anterior había tenido pensamientos fugaces de suicidio. Cuando se le preguntó al respecto, la Sra. E admitió que había padecido pensamientos obsesivos similares en el pasado. Desde los 10 años le preocupaba la simetría y enderezaba los objetos de su habitación y del hogar de sus padres. También tenía el impulso de contar objetos sobre una mesa o personas en una habitación y comprobaba si la ventana de su habitación estaba cerrada seis o siete veces por la noche antes de dormir. Reconocía que estos impulsos y rituales eran anormales, pero nunca los reveló a nadie y logró restringir su necesidad de simetría a su propia habitación para evitar molestar a otros miembros de su familia. La necesidad de contar personas y objetos había desaparecido en gran parte y sólo recurría en situaciones de tensión social. El comportamiento de verificación se había transformado en parte

de su vida y sin interferir de manera significativa con su funcionamiento.

**Diagnóstico.** Trastorno obsesivo-compulsivo (eje I).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

La psicoterapia para el trastorno obsesivo-compulsivo se basa en los principios de comportamiento de exposición y prevención de respuesta. Se expone a los pacientes de manera gradual a situaciones en las cuales es probable que experimenten sus obsesiones para que ellos se resistan al impulso de llevar a cabo la compulsión. Este método rompe el ciclo de utilizar la compulsión para reducir la ansiedad. Los ISRS son fármacos eficaces para el TOC. El ISRS fluvoxamina está aprobado para tratar este trastorno y los demás ISRS (fluoxetina, sertralina y paroxetina) también son eficaces. La clomipramina, un antidepresivo tricíclico (ATC) con propiedades serotoninérgicas, también es eficaz, pero se relaciona con diversos efectos secundarios anticolinérgicos. Otros antidepresivos no son eficaces para tratar este trastorno. Como ocurre con otros trastornos de ansiedad, la integración de métodos farmacológicos y psicoterapéuticos permite un tratamiento más eficaz y perdurable.

Otra forma específica del trastorno obsesivo-compulsivo incluye los comportamientos ritualistas. Por ejemplo, la tricotilomanía consiste en que el sujeto se arranca de manera compulsiva el cabello. Como en otros trastornos obsesivo-compulsivos, los sujetos afectados a menudo se sienten avergonzados o apenados por sus síntomas, lo cual retrasa o evita que soliciten tratamiento médico. Dicho tratamiento suele consistir en una combinación de psicoterapia, terapia de comportamiento y medicamentos que incrementan la serotonina y la tasa de respuesta es muy favorable.

Carla H, una mujer de 42 años, fue enviada para evaluación psiquiátrica porque su médico de cuidados primarios no logró determinar la naturaleza de la alopecia localizada (caída del cabello) que presentaba. El médico le preguntó sobre las diversas zonas sin pelo durante un examen físico rutinario y la Sra. H, una mujer de negocios muy exitosa, se sintió sumamente apenada y respondió de manera evasiva a sus preguntas, diciendo "no lo sé". Como el médico se preocupó y se mostró determinado a caracterizar los antecedentes del problema de la Sra. H, ésta comenzó a arrancarse el cabello, lo cual le indujo a sospechar una causa psicológica.

La Sra. H se mostró poco dispuesta a ver al psiquiatra, pero estuvo de acuerdo en solicitar una cita. Le reveló al psiquiatra que comenzó a arrancarse el cabello desde los 16 años, poco después que sus padres se divorciaron. Primero observó que este hábito reducía su nivel de ansiedad y posteriormente se dio cuenta de la naturaleza compulsiva del hecho de arrancarse el cabello, pero no lograba evitarlo, en particular en situaciones de tensión. Comenzó a peinarse con el cabello recogido cuando observó zonas sin cabello en su cráneo y minimizó cuidadosamente este comportamiento en las juntas de negocios, pero eligió un empleo que le permitía trabajar en el hogar parte del tiempo para evitar la posibilidad de que alguien la observara arrancándose el cabello. También reportó otros comportamientos ritualistas menos frecuentes, como el de lavarse las manos de manera repetida, que se inició a los 11 años de edad.

Inicialmente, la Sra. H no estuvo dispuesta a recibir medicamentos, pero más adelante consintió en efectuar una prueba con fluvoxamina. La terapia de comportamiento se enfocó en que dejara de arrancarse el cabello para reducir su ansiedad. Sus síntomas mejoraron en pocas semanas. Tres meses después, había dejado de arrancarse el cabello la mayor parte del tiempo y nuevamente pudo llevarlo suelto. También manifestó disminución de la ansiedad general y mayor comodidad en situaciones sociales.

**Diagnóstico.** Trastorno obsesivo-compulsivo con tricotilomanía (eje I).

Al tratar cualquier trastorno psiquiátrico pueden surgir dificultades. Por ejemplo, quizá el trastorno ocurra de manera comórbida con uso de sustancias, o dependencia que probablemente ocasione que el paciente se aferré a sus "síntomas" y a los proveedores de cuidados de salud. Otro escenario incluye que los miembros de la familia se involucren en el trastorno del paciente de manera tal que ayude a que la familia afronte temporalmente la tensión o el conflicto, pero a menudo a expensas de la mejoría del paciente. El **método de sistemas** siempre incluye evaluación de las dinámicas social y familiar que quizá preserven los síntomas del paciente.

Luis D, un muchacho de 19 años, que estudiaba el primer año de universidad desarrolló un trastorno obsesivo-compulsivo dos años antes, mientras estaba en la preparatoria. Sus síntomas iniciales consistieron en limpieza compulsiva y actividad de contar, pero fueron suficientemente leves como para no interferir de manera importante con su vida. Una vez en la universidad, su ansiedad, pensamientos y comportamientos se intensificaron y dedicaba varias horas al día a

preocuparse o a llevar a cabo comportamientos ritualistas. Parte de su ansiedad sobre la limpieza se debía a que le preocupaban los gérmenes y a la posibilidad de morir a causa de alguna infección bacteriana. Comenzó a limpiar de manera meticulosa varias veces al día todos los utensilios que empleaba para cocinar. En consecuencia, tenía cada vez menos tiempo durante el día para estudiar o socializar. Al final de su primer año sus calificaciones fueron sumamente bajas y tenía muy pocos contactos sociales y sus padres lo convencieron de solicitar tratamiento a través del centro de salud estudiantil.

El joven D presentó una respuesta inicial modesta a la psicoterapia y al antidepresivo ISRS fluoxetina. Se aumentó gradualmente la dosis de fluoxetina y sus obsesiones desaparecieron de manera parcial.

La autoestima del joven D se redujo bastante en comparación con su etapa inicial en la universidad y se hizo mucho más introvertido y socialmente aislado. Comenzó a dedicar cada vez más tiempo a visitar a sus padres. Mientras tanto, éstos estaban preocupados por la depresión de la madre (exacerbada por sentimientos de culpa, pues pensaba que quizá había transmitido a su hijo "genes defectuosos" que dieron lugar a su trastorno) y por la dependencia del alcohol de su padre. Estaban experimentado dificultades matrimoniales suficientemente graves como para considerar la separación y el divorcio, pero ahora, con su hijo nuevamente en el hogar, olvidaron temporalmente sus propios problemas y se dedicaron a ayudarlo.

Los padres se sintieron muy preocupados por los síntomas de su hijo e intentaron convencerlo de "simplemente abandonar esos hábitos" y comenzaron a participar en sus rituales en un esfuerzo por ayudarlo. Por ejemplo, cuando él retiraba algún utensilio del cajón, al poco rato consideraba que todos los utensilios de ese compartimiento estaban "sucios" y se ponía a limpiarlos una y otra vez. Su madre decidió limpiar todos los cuchillos, tenedores y cucharas del cajón poco después de que él los tocaba, para que "él no desperdiciara su tiempo en esas tonterías".

El joven D desarrolló nuevos hábitos mientras permaneció en el hogar paterno, por ejemplo, seguir los trazos de todas las líneas del piso de duela antes de irse a dormir. Su padre no logró convencerlo de que dejara de hacerlo, de modo que se unió a su ritual nocturno y seguía las líneas junto con el joven D durante una hora para "ayudarlo a dormirse más rápido. Podemos hacerlo en la mitad del tiempo cuando yo lo ayudo".

Al finalizar el semestre, el joven D se sentía más deprimido, dependiente de sus padres y sin deseos de regresar a la universidad. La situación sólo mejoró cuando se recomendó una terapia familiar para ayudar al joven a recuperar su independencia. Sus padres tuvieron dificultad en dejar de participar en sus rituales, hasta que iniciaron una terapia de pareja que los concientizó de su propio rol. Lograron comprender que al concentrarse en los problemas de su hijo habían empeorado sus síntomas de manera inadvertida, y que su participación excesiva en sus compulsiones enmascaraba su propios problemas emotivos y de relaciones.

## FOBIAS ESPECIFICAS: CARACTERISTICAS CLINICAS

La **fobia específica** es un temor hacia una situación o tensión específica. Las tensiones que con mayor frecuencia causan temor y terror en un grado fuera de proporción con la reacción esperada suelen incluir insectos, animales pequeños, alturas, volar, y ver sangre o agujas.

### INCIDENCIA

Se estima que de 3 a 5% de la población estadounidense experimenta alguna fobia simple. La incidencia de fobias simples es mayor entre mujeres que entre varones.

### CAUSAS

Se cree que la activación excesiva de las vías del cerebro que corresponden a los componentes emotivos y cognoscitivos de la ansiedad dan lugar a una predisposición biológica común a todos los trastornos de ansiedad. La teoría de aprendizaje explica por qué los pacientes evitan los estímulos que les causan ansiedad y por qué su temor no desaparece tras la exposición repetida. Lo que es menos obvio es el motivo por el cual los sujetos se asustan de una situación o de un objeto específico. Quizá los factores culturales desempeñen cierto papel, como ocurre por lo que respecta al temor hacia los insectos. La psicoterapia ayuda a que muchos comprendan la naturaleza simbólica de su ansiedad, la cual quizá se relacione con algún conflicto consciente o inconsciente sobre pensamientos y sentimientos sexuales, o de tipo agresivo.

## VALORACION DIAGNOSTICA

Dependiendo del empleo del paciente y de su vida doméstica, una fobia específica puede producirle diversos grados de disfunción. Por ejemplo, quizá el temor a volar en avión no interfiera con su vida cotidiana; sin embargo, si éste recibe un ascenso y tiene que viajar frecuentemente por todo el país, es probable que ese trastorno constituya una fuente de vergüenza o temor y con rapidez será identificado como un rasgo de maladaptación fuerte. En consecuencia, quienes sufren de esta afección casi nunca solicitan tratamiento hasta que las circunstancias de su vida hacen necesario que venzan sus propios temores.

Palmira G, una mujer de 24 años, se presentó ante el médico familiar solicitando ser enviada a un psicólogo porque temía a las arañas. Había sentido temor a ellas toda su vida y había logrado controlarlo evitando a las arañas con cuidado, pero recientemente ella y su marido se cambiaron al pequeño rancho familiar de este último. La casa, el jardín y el establo estaban llenos de arañas y, para su desilusión, la Sra. G no podía hacer cambios en su casa debido a su temor (confirmado varias veces) de encontrarse con uno de esos insectos.

**Diagnóstico.** Fobia específica (eje I).

## TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECIFICAS

El tratamiento de las fobias específicas es una modificación del comportamiento, con exposición gradual y sistemática al estímulo que produce el temor. Para vencer el temor a volar en avión cuando la persona viaja poco, una benzodiacepina constituye una alternativa razonable o un complemento del tratamiento de comportamiento.

Alberto Y, de 30 años de edad, tenía un profundo temor a las alturas (acrofobia) desde la niñez, el cual se intensificó cuando tuvo que trabajar en el 23o. piso de un edificio de oficinas. Sólo pensar en estar cerca de la ventana lo hacía sentir mareado y aterrado. Sus colaboradores y patrones observaron su problema, y lo alentaron a solicitar ayuda. Aunque el Sr. Y solicitó ayuda psiquiátrica con reticencia, estuvo de acuerdo en probar un nuevo tipo de tratamiento. Al comienzo de cada sesión semanal se colocó un casco de realidad virtual en la cabeza, de modo que en torno a él aparecía una imagen tridimensional generada por computadora de un elevador en el exterior de un edificio alto. El Sr. Y tenía que "caminar" hacia el elevador, apretar un botón virtual y ascender hasta la parte superior del edificio virtual. Con este ejercicio gradualmente logró tolerar mejor las alturas y cada vez con menor ansiedad.

**Diagnóstico.** Fobia específica (eje I).

**Discusión.** Recientemente se ha comenzado a utilizar este nuevo tipo de tratamiento para la **acrofobia** (temor a las alturas) y se espera expandir sus aplicaciones.

Es probable que los grupos de apoyo ayuden a reducir la vergüenza de las personas con respecto a sus temores. Por ejemplo, algunos grupos se entrenan para volar juntos abordando aviones estacionados.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diversos trastornos médicos y psiquiátricos producen síntomas similares a los que se observan en trastornos de ansiedad.

### 1. EXCLUSION DE CAUSAS MEDICAS

Los síntomas que sugieren algún trastorno de ansiedad, incluyendo ansiedad aguda y síntomas físicos, pueden ser ocasionados por diversas afecciones médicas y es preciso descartar dichas afecciones para poder realizar un diagnóstico preciso del trastorno de ansiedad. Por ejemplo, los enfermos con hipertiroidismo o los síndromes mucho menos frecuentes del feocromocitoma o carcinoide, a menudo presentan síntomas de trastorno de pánico. También deben tenerse presentes otras causas médicas, como embolias pulmonares, arritmias cardiacas, tumores cerebrales en el tercer ventrículo y epilepsia del lóbulo temporal.

Las técnicas de detección rutinaria para descartar estos trastornos incluyen considerar la historia clínica, dedicando particular atención a la presencia de síntomas que indiquen problemas cardiovasculares, además del uso de fármacos de prescripción o de otro tipo. El clínico también ordena un examen físico completo del paciente y una investigación completa de laboratorio que incluya las siguientes pruebas:

- electrólitos en suero,
- biometría hemática completa,
- ECG,
- pruebas de funcionamiento de la tiroides,
- punción lumbar si está indicado,
- TC o RM, si está indicado,
- EEG, si está indicado.

Las pruebas adecuadas bastan para descartar las causas médicas subyacentes, eliminando así la necesi-

dad de realizar evaluaciones penetrantes e inadecuadas, y costosas como los angiogramas coronarios.

### 2. EXCLUSION DE TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

Quienes sufren depresión grave pueden presentar ansiedad que incluya ataques frecuentes de pánico. También quienes padecen fobia social y trastorno de tensión postraumática (TTPT) exhiben síntomas similares al pánico, los cuales se desencadenan en situaciones sociales o por signos relacionados con traumatismos en vez de ocurrir de manera espontánea. El trastorno de ansiedad generalizada suele relacionarse con síntomas autonómicos prominentes que carecen de la agudeza e intensidad que caracterizan a los ataques de pánico. El uso de sustancias, en particular el consumo excesivo de cafeína, la dependencia del alcohol, la supresión alcohólica o de benzodiacepinas, la intoxicación con cocaína o metanfetaminas, o el uso de marihuana, también suelen causar estados de ansiedad.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Debido a la universalidad de las experiencias de ansiedad, los proveedores de cuidados de salud, los amigos y los miembros de la familia no suelen ser capaces de comprender a quienes padecen trastornos de ansiedad ni de sentir empatía con ellos. Paradójicamente, la empatía puede ocasionar que los propios entrevistadores experimenten ansiedad. La agudeza e intensidad de la ansiedad en ataques de pánico y en fobias simples y sociales quizá resulten difíciles de entender para los entrevistadores, quienes no creerán lo que el paciente dice, lo cual producirá distanciamiento emotivo entre ellos. Los síntomas del trastorno obsesivo-compulsivo con frecuencia son extraños y quizá originen sentimientos de incredulidad, incomodidad y distanciamiento.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

El impacto primario de los factores culturales es incrementar la presentación de síntomas somáticos en sujetos que proceden de culturas que estigmatizan las enfermedades mentales. Además, existe el peligro de que un profesional de la salud con antecedentes culturales distintos diagnostique psicosis o esquizofrenia a la persona que padece trastorno de ansiedad.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al tratar a pacientes que padecen de manera simultánea uso de sustancias y trastornos de ansiedad surgen diversos aspectos éticos. Las benzodiacepinas, como el alprazolam, loracepam y diacepam, suelen ser de suma ayuda para tratar los trastornos de ansiedad, y la gran mayoría de los pacientes no abusa de estos medicamentos. Sin embargo, en personas con dependencia previa de sustancias, o antecedentes familiares de dependencia, dichos fármacos tienen fuerte potencial de tolerancia, dependencia y abuso. Es probable que el médico afronte el difícil dilema de controlar a un paciente que padezca trastorno de ansiedad y use sustancias en forma activa. Además, quizá también tenga que afrontar el conflicto entre la obligación de causar el mínimo de daño y el respeto del deseo del paciente de controlar su propio tratamiento y su autodeterminación para decidir si desea iniciar o continuar un medicamento cuando la persona emplee sustancias de manera intermitente.

## CONCLUSION

El diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad es una de las áreas más satisfactorias de la medicina. Hace tan sólo algunas décadas estos trastornos originaban considerable morbilidad e incapacidad, pero gracias a los recientes desarrollos de farmacoterapias y psicoterapia dirigida el pronóstico de la mayoría de los sujetos que padecen trastornos de ansiedad ha mejorado considerablemente. Como muchos de estos pacientes consultan a médicos no psiquiatras, es preciso que el médico de cuidados primarios cuente con las destrezas diagnósticas necesarias para identificar estas afecciones. Además, los proveedores de cuidados primarios se ven forzados cada vez más a iniciar el tratamiento de diversos trastornos de ansiedad, como trastornos de pánico, fobias sociales y trastornos de ansiedad generalizada, y posteriormente coordinar el tratamiento con profesionales de salud mental.

## REFERENCIAS

Ballenger JC: Panic disorder in the medical setting. J Clin Psychiatr 1997;58(Suppl No. 2):13.

Bourne EJ: *The Anxiety and Phobia Workbook,* 2nd ed. New Harbingers Publications, 1995.

Carter CS, Servan-Schreiber D, Perlstein WM: Anxiety disorders and the syndrome of chest pain with normal coronary arteries: prevalence and pathophysiology. J Clin Psychiatr 1997;58(SuppI No. 2):70.
Eisen JL, Rasmussen SA: Obsessive compulsive disorder with psychotic features. J Clin Psychiatr. 1993;54(10): 373.
Goddard AW, Charney DS: Toward an integrated neurobiology of panic disorder. J Clin Psychiatr 1997;58(Suppl No. 2):4.
Hales RE, Hilty DA, Wise MG: A treatment algorithm for the management of anxiety in primary care practice. J Clin Psychiatr 1997;58(Suppl No. 3):76.
Katon WJ: *Panic Disorder in the Medical Setting.* American Psychiatric Press, 1991.
Kirmater LJ, Young A, Hayton BC: The cultural context of anxiety disorders. Psychiatr Clin N Am 1995;18(3):503.
National Institutes for Mental Health, Anxiety Disorder for Professionals. http://2O8.231.11.108/nimh/resource/index.htm
Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO et al: Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. Br J Psychiatr 1996; 168:308.
Zajecka J: Importance of establishing the diagnosis of persistent anxiety. J Clin Psychiatr 1997;58(Suppl No. 3):9.

# 8 Trastorno de tensión postraumática

*David Elkin, MD, Emily Newman, MD, Cameron S. Carter, MD y Mark Zaslav, PhD*

**El trastorno de tensión postraumática** (TTPT), uno de los cinco trastornos de ansiedad descritos en el *DSM-TV,* se refiere al síndrome psiquiátrico que se desarrolla en ciertos individuos tras la exposición a alguna fuerte tensión o trauma grave. Los resultados psicológicos de los traumas han sido ampliamente documentados. En Estados Unidos se ha prestado particular atención a este fenómeno durante las guerras. El *DSM-I,* desarrollado tras la Segunda Guerra Mundial, describe la **reacción burda de tensión** en los soldados, aunque las teorías posteriores minimizaron el impacto de los traumas. Esta valoración se modificó de manera drástica en los años siguientes a la Guerra de Vietnam, cuando se observó de manera cercana y se describió el trastorno de tensión postraumática en veteranos militares.

Desde la década de 1980, el concepto de este trastorno se amplió para incluir los resultados de sucesos traumáticos que acontecen a la población en general, con la creciente comprensión de la frecuencia de los traumas que afronta la sociedad moderna. El movimiento feminista contribuyó significativamente a la inclusión de la frecuencia del abuso sexual. Se sabe que las afecciones médicas y los tratamientos penetrantes para las enfermedades también producen trastorno de tensión postraumática. Las investigaciones también han permitido apreciar mejor los resultados a largo plazo de los traumas, incluyendo la elevada incidencia de otros trastornos psiquiátricos, como depresión y trastornos de ansiedad, y el impacto perdurable de los traumas en ciertas personas. Las investigaciones indican además una diferencia significativa entre la respuesta a los traumas en niños y adultos.

Algunos sucesos traumáticos desde el punto de vista psicológico, como violación, combate militar, temblores, accidentes de aviación y tortura, evocan síntomas de sufrimiento en casi cualquier persona que los experimenta. Usualmente estas reacciones son leves, inespecíficas y de corta duración, y no se consideran psicopatológicas. Sin embargo, dependiendo del individuo afectado y del suceso traumático, se desarrolla un síndrome psicopatológico característico: el trastorno de tensión postraumática. Este trastorno refleja una respuesta de desadaptación continua al trauma, la cual puede hacerse crónica.

Los individuos que responden a cualquier circunstancia tensionante y a la ansiedad con la cual dicha circunstancia se asocia presentan respuestas emotivas y de adaptación con el transcurso del tiempo. La ansiedad generada por exposición a un trauma se contrarresta mediante mecanismos psicológicos de defensa. Durante los minutos y horas siguientes al trauma, quizá los individuos manifiesten sentirse abrumados, confundidos, asombrados o disociados. En la mayoría de los casos, la negación y la represión reducen la conciencia del trauma, y por lo tanto constituyen un amortiguador emocional en los días siguientes al suceso. Un elevado grado de insensibilidad emotiva inmediatamente después del trauma predice de hecho el desarrollo del trastorno más grave.

Con el transcurso del tiempo, algunas personas adquieren conciencia del significado del trauma y experimentan ansiedad abrumadora y pensamientos e imágenes intrusivos con respecto a él. Los síntomas que se presentan en el primer mes después del trauma se definen en el *DSM-IV* como **trastorno de tensión aguda,** el cual incluye los mismos síntomas que el postraumático, pero se caracteriza por mayor grado de choque emotivo, ira, depresión y disociación o insensibilidad emotiva. El trastorno de tensión aguda suele resolverse en el mes siguiente a la exposición al trauma. En muchos aspectos, el trastorno de tensión aguda refleja una respuesta de adaptación saludable al trauma, a través de la cual el individuo examina y posteriormente integra el efecto psicológico de dicho trauma.

En el trastorno de tensión postraumática, este proceso se prolonga y no siempre se logra la resolución. Con frecuencia la psicoterapia ayuda a acelerar el proceso de recuperación del trauma. Por definición, el

trastorno de tensión postraumática ocurre un mes o más tiempo tras algún acontecimiento traumático, y se caracteriza por síntomas como escenas retrospectivas, pesadillas, insomnio, ansiedad, e insensibilidad emotiva.

La exposición repetida a traumas produce una respuesta psicológica distinta y más complicada, ya que con frecuencia sobrepasa las defensas psicológicas del individuo. £1 síndrome psiquiátrico que se desarrolla tras traumas repetidos suele durar mucho más y es más difícil de tratar y a menudo produce síntomas que duran toda la vida. Este síndrome se denomina **trastorno de tensión postraumática de tipo complejo (TTPT complejo)** o **trastorno de tensión extrema.** En la figura 8-1 se ilustran las relaciones entre las variantes del trastorno de tensión postraumática.

Los trastornos tensionales abundan en la sociedad y con frecuencia se observan en los pacientes que acuden al medio clínico. El trastorno de tensión postraumática se manifiesta mediante presentaciones clínicas distintas, en ocasiones se enmascaran por somatización, uso de sustancias y otros síntomas psiquiátricos. Existe tratamiento eficaz para el TTPT, pero el médico debe estar familiarizado con las definiciones clínicas básicas y las herramientas de valoración que se emplean para identificar este importante síndrome.

## INCIDENCIA

De 5 a 10% de los estadounidenses cumple en algún momento de su vida con todos los criterios para el diagnóstico de trastorno de tensión postraumática. Las mujeres tienen más probabilidades de resultar afectadas que los hombres. La incidencia tras cualquier episodio de trauma se estima en un 25 %, aunque este dato no ha sido bien estudiado. Por ejemplo, el riesgo de sufrir este trastorno a consecuencia de un accidente en vehículo motorizado es desconocido, aunque ocurren cientos de accidentes de este tipo al año. Los factores de riesgo incluyen ciertas ocupaciones (policías, militares, paramédicos y personas que manejan cuerpos), ciertas situaciones (residir en zonas de alta criminalidad, nivel socioeconómico inferior y emigración de países en condiciones de guerra), edad (niños y ancianos), antecedentes previos de haber sido víctima de algún crimen y antecedentes de traumas previos. Esta afección ocurre en 57 a 80% de todas las víctimas de violación y quizá sea más probable en

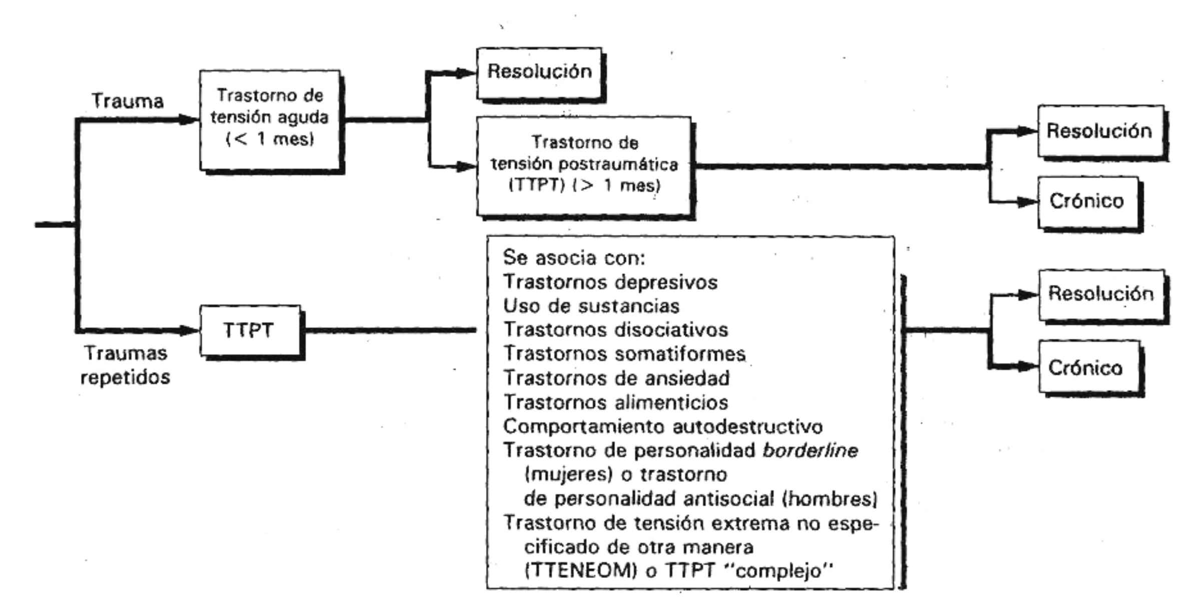



**Fig. 8-1.** Relación entre el trauma, el trastorno de tensión aguda, el trastorno de tensión postraumática y el trastorno de tensión postraumática de tipo complejo. La mayoría de las personas expuestas a algún suceso traumático desarrollan un síndrome psiquiátrico de duración limitada llamado trastorno de tensión aguda. A quienes todavía presentan síntomas un mes después del acontecimiento se les diagnostica trastorno de tensión postraumática (TTPT). Otros pacientes presentan síntomas durante varios meses o años (TTPT crónica). Los traumas repetitivos, en particular durante la niñez, a menudo producen un síndrome clínico complejo de tipo más crónico que se relaciona con otros diagnósticos psiquiátricos graves y el cual se conoce como trastorno de tensión extrema no especificado de otra manera (TTENEOM) y en ocasiones se denominan TTPT complejo. Las **flechas más oscuras** indican el curso usual o los resultados.

poblaciones desplazadas expuestas a guerra y opresión política. Las personas sin hogar presentan una elevada incidencia (la quinta parte de los varones y la tercera parte de las mujeres en cierto estudio). El motivo de esta incidencia quizá sea que el TTPT (en particular cuando se vincula con depresión y uso de sustancias) ocasiona incapacidad para trabajar y precipita la pérdida del hogar, o que las personas sin hogar se encuentran expuestas a más circunstancias traumáticas. El nivel de gravedad y la duración del suceso traumático se correlacionan con una mayor posibilidad de desarrollar el trastorno, igual que la proximidad de la persona al suceso. Las lesiones físicas que ocasionan problemas médicos perdurables como cicatrices, fracturas, dolor crónico o parálisis también incrementan la posibilidad de que el individuo desarrolle el trastorno de tensión postraumática. Dicho trastorno también se observa en pabellones quirúrgicos y clínicas, en una proporción considerable de los pacientes que acuden para recibir tratamiento de lesiones físicas. Recientemente, los médicos observaron que es común entre los pacientes sometidos a procedimientos penetrantes de tipo múltiple para tratar alguna enfermedad.

## CAUSAS

### Factores biológicos

En los estudios clínicos, la disminución de los efectos serotoninérgicos, la reducción de la liberación de cortisol y la hipersupresión de cortisol ante la inhibición de dexametasona diferencian a los pacientes con TTPT de los sujetos control. Como ocurre en otros trastornos de ansiedad, se cree que el trastorno de tensión postraumática incluye un mecanismo afectado en la inhibición de retroalimentación del receptor adrenérgico $\alpha_2$. Esto media la liberación de noradrenalina inducida por la tensión en el *locus coeruleus.* Se desarrolla sensibilización y generalización progresiva del comportamiento ante ciertos estímulos asociados con el trauma original, de modo que los pacientes "aprenden" a tener comportamientos, pensamientos y sentimientos derivados de la ansiedad. También se han iniciado estudios de la psicobiología del TTPT que examinan las relaciones entre las emociones y la memoria. El aumento de actividad noradrenérgica en los sitios de proyección del *locus coeruleus* en el hipocampo y la amígdala facilita el aprendizaje de recuerdos basados en temores persistentes que se resisten a desaparecer. Los estudios que demuestran elevada concordancia de TTPT en gemelos monocigóticos y dicigóticos expuestos a traumas sugieren posible vulnerabilidad genética a los traumas.

### Factores psicológicos

Los estudios han identificado que ciertos individuos son más vulnerables a las tensiones y por tanto tienen más probabilidades de desarrollar TTPT tras algún acontecimiento traumático. Los factores psicológicos de riesgo para desarrollo del trastorno incluyen antecedentes psiquiátricos previos de depresión o traumas previos. Las características de la personalidad como neurosis elevada y extroversión o antecedentes de problemas de comportamiento en la niñez también aumentan la posibilidad de que se desarrolle TTPT tras la exposición a algún trauma. Sin embargo, este trastorno también se desarrolla sin que existan factores de predisposición, en particular cuando la tensión es extrema.

### Factores sociales y ambientales

Los factores ambientales desempeñan un papel importante en cualquier trastorno psiquiátrico, pero son de particular relevancia en el TTPT. Un buen apoyo social disminuye los efectos e inclusive protege al individuo contra el trastorno. En contraste, el aislamiento y la invalidación de la experiencia de la persona incrementan la posibilidad de psicopatología, como en el caso de familias que se niegan a creer que el individuo afectado haya sufrido abuso por parte de su cónyuge o padres que niegan haber abusado sexualmente de sus hijos. La falta de validación también ha resultado implicada en la mayor incidencia de TTPT entre los veteranos de Vietnam en comparación con los de la Segunda Guerra Mundial. El hecho de vivir en un entorno en el cual se producen exposiciones repetidas a señales traumáticas (p. ej., la víctima de un asalto que regresa a su departamento en un área de alta criminalidad, donde a menudo se escuchan disparos de pistola) probablemente exacerbe la afección.

### La naturaleza del trauma

Tradicionalmente, los acontecimientos traumáticos se definían dentro del contexto de traumas de combate en época de guerra y posteriormente como algún suceso ocurrido fuera del ámbito de la experiencia humana normal. Como de hecho las exposiciones traumáticas son comunes, la palabra trauma actualmente se refiere a cualquier situación que potencialmente ponga en peligro la vida, aunque el individuo no sufra daño físico. Las amenazas de violencia física, como en casos de persecución, o situaciones en que los desastres naturales amenazan a las ciudades sin provocar peligros inmediatos, engendran, no obstante, trastornos agudos de tensión postraumática. Las lesiones física por traumas como miembros fracturados, quemaduras, o parálisis, constituyen un fuerte recordatorio del trauma y aumentan el riesgo del trastorno de tensión postraumática.

Los estudios recientes se han enfocado en la posibilidad de que las transmisiones en televisión de desastres y crímenes sirvan como estímulos traumáticos, en particular en los niños. Los traumas o amenazas de

violencia por parte de otros seres humanos tiene más probabilidades de ocasionar sufrimiento emotivo que los desastres naturales. Quizá resulte menos amenazador para el concepto del propio mundo experimentar un temblor o un huracán, que aceptar la posibilidad de agresión y crueldad humanas.

## TRASTORNO DE TENSION AGUDA Y TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA: CARACTERISTICAS CLINICAS

En ocasiones las personas desarrollan considerable ansiedad tras exponerse a traumas extremos. Dicha reacción puede producirse poco después de la exposición traumática (trastorno de tensión aguda) o puede retrasarse más tiempo y estar sujeta a recurrencias (TTPT). En ambos síndromes, los individuos experimentan diversos síntomas clave que a menudo afectan su desempeño en el trabajo y su funcionamiento social. Dichos síntomas incluyen cuatro categorías principales: negación, ansiedad, reexperimentación, e hiperexcitabilidad:

- La **negación** de emociones y pensamientos se manifiesta como desrealización, despersonalización e insensibilidad o desapego, falta de respuesta emotiva o pérdida de la memoria (p. ej., no recordar aspectos específicos del trauma). Otros comportamientos de negación intentan reducir la exposición a estímulos que precipitan recuerdos del trauma, como evitar el sitio en que éste ocurrió, o las personas conectadas con él. Los pacientes quizá eviten discutir de manera activa el trauma para escapar así de pensamientos o sentimientos emotivamente dolorosos.
- Los síntomas de **ansiedad** incluyen episodios de pánico o ansiedad crónica, insomnio, mala concentración, irritabilidad o inquietud.
- **Reexperimentar** el trauma consiste en tener sueños, pesadillas o recuerdos retrospectivos "vividos" en los cuales los pacientes vuelven a vivir momentáneamente el suceso a través de pensamientos o imágenes del trauma.
- Los síntomas de **hiperexcitación** incluyen inquietud motora, hipervigilancia (examinar constante mente el entorno para detectar peligros potenciales aunque no haya ninguna amenaza a la vista) y respuesta de asombro, por ejemplo, saltar cuando se escucha la explosión del escape de un automóvil.

Otros síntomas incluyen sentimientos o comportamientos asociados con depresión, baja autoestima, periodos de llanto, cambios del apetito, sensación de impotencia o desesperación, disminución de la energía y de la motivación y proyecciones hacia el futuro. En ocasiones se observan cambios repentinos del estado de ánimo, el cual en general es desde normal hasta sumamente deprimido. También ocurren fenómenos disociativos que incluyen amnesia parcial con respecto a la circunstancia traumática: Además, tal vez la persona vacile entre sentirse emotivamente insensible o presentar episodios de ira extrema y en ocasiones de violencia. Las fobias y el comportamiento de negación pueden lograr que algunos pacientes se aíslen totalmente o permanezcan en él hogar. En ocasiones, los que padecen TTPT llevan a cabo comportamientos de alto riesgo. Los síntomas pueden transformarse en quejas físicas o llevar a una exageración de los síntomas físicos. El TTPT también se asocia con intentos de suicidio en ciertos casos, en particular entre víctimas de violación.

Horowitz postuló un espectro de posibles respuestas en los traumas, en el cual la reacción "normal" incluye muchos de los síntomas arriba mencionados. En ocasiones dichos síntomas se intensifican y con poca frecuencia se producen estados psicóticos temporales inmediatamente después del trauma, los cuales se caracterizan por pensamientos desorganizados, paranoia e ilusiones. Los pacientes gravemente ansiosos desarrollan trastorno de pánico o comportamiento ritualista que sugiere trastorno obsesivo-compulsivo. Algunos intentan aumentar su insensibilidad emotiva recurriendo al alcohol o a otras sustancias. Este comportamiento es altamente probable cuando el uso de sustancias constituye un problema desde antes del trauma y conduce a tolerancia, dependencia o recidivas en las personas que usaban sustancias con anterioridad. En ciertos casos se produce dependencia de las benzodiacepinas, cuando los médicos prescriben de manera excesiva estos medicamentos contra la ansiedad.

> Eduardo H, un señor de 29 años, se encontraba con su hijo de dos años en una tienda cercana a su hogar. Fue al sanitario, donde dos jóvenes con pistola lo sorprendieron: le robaron su cartera, su reloj y su anillo de bodas. Mientras les daba estos valores, sus asaltantes comenzaron a gritarle que se apurara y uno de ellos colocó su pistola a unas cuantas pulgadas del rostro del Sr. H y le dijo que lo mataría si no se daba prisa. El robo fue interrumpido porque otros clientes entraron a la tienda y los asaltantes huyeron. Posteriormente, el Sr. H dio aviso a la policía. Se sentía extraño, casi entumecido. El incidente había sido tan repentino y sorprendente que pensó que no había tenido tiempo de reaccionar y no recordó haber experimentado sensación de peligro. Pensó de manera repetida

sobre el regalo para su esposa que había olvidado adquirir. Fue a casa y continuó sintiéndose "irreal, como si estuviera en un trance. Todo me parecía sumamente extraño".

El Sr. H tuvo dificultad para dormir y comer durante las dos semanas siguientes. Tenía pesadillas sobre el robo en las cuales los asaltantes le disparaban o su hijo resultando lesionado. Durante el día se sentía distraído y recordaba el asalto a menudo y cada vez con más ansiedad y temor. Su ansiedad aumentaba al pasar cerca de cualquier tienda parecida. Se le dificultaba concentrarse en el trabajo. Sin embargo, durante la tercera semana observó que el incidente le parecía más distante y que repasaba mentalmente el asalto y sus detalles cada vez con menos frecuencia. Un mes después, los síntomas residuales desaparecieron.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión aguda (eje I).

## SENTIMIENTO DE CULPA POR SUPERVIVENCIA

El sentimiento de culpa es un síntoma frecuente en quienes sobreviven a catástrofes en las cuales otras personas resultan lesionadas o mueren. Tal vez los sobrevivientes consideren que debieron haber actuado de algún modo para proteger a otros, que su propia muerte hubiese salvado la vida de otros, o que por algún motivo tenían menos derecho a la vida.

## ASPECTOS EXISTENCIALES EN TORNO A LOS TRAUMAS

La exposición a un suceso que pone en peligro la vida a menudo ocasiona que la persona piense de manera apremiante sobre diversos aspectos existenciales, incluyendo los aspectos más difíciles de la existencia humana: la naturaleza de la muerte, el significado de la vida, el conflicto entre la responsabilidad y la libertad, y los límites de la cercanía entre el individuo y otras personas. La urgencia e intensidad de estos aspectos confronta a los pacientes expuestos a los traumas y los deja sintiéndose aún más aislados de sus amigos y miembros de la familia, que no se preocupan de dichos aspectos.

## TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA EN NIÑOS

Los psiquiatras, funcionarios de salud pública y los grupos defensores de la niñez toman en cuenta cada vez más el síndrome de trastorno de tensión postraumática (TTPT) en niños como urgencia pública de salud mental. Se estima que cerca de tres millones de niños quedan expuestos cada año a sucesos traumáticos, como abuso sexual, físico y emotivo; accidentes, quemaduras, crímenes; procedimientos médicos y desastres. Los adolescentes tienen más posibilidades de experimentar acontecimientos traumáticos específicos para su grupo, como accidentes en vehículos motorizados, violación, violencia en la escuela o en la calle, suicidio o enfermedades graves en su grupo de compañeros. Existen considerables controversias con respecto al impacto de la violencia televisiva en la salud mental y el bienestar de los niños.

El TTPT en niños difiere significativamente del trastorno en adultos, en lo que respecta a síntomas clínicos y al efecto del trauma sobre el desarrollo psicológico. Inmediatamente después del trauma, es probable que los niños queden ensimismados y exhiban comportamiento sin respuesta o "similar al de un robot". Los niños presentan muchos de los mismos síntomas de TTPT que se observan en los adultos, pero también presentan comportamiento de oposición y sufren problemas en la escuela, incluyendo malas notas académicas. En ocasiones experimentan regresión a etapas anteriores de su desarrollo, por ejemplo, quizá vuelvan a experimentar temores que ya habían superado. Algunos de estos síntomas se superponen con los de depresión y trastorno de deficiencia de atención. Ciertos estudios sugieren que los niños suelen comportarse de manera más agresiva como consecuencia del TTPT, mientras que las niñas tienden a la pasividad. En otros se observó que el trauma se reflejaba durante el juego muchos meses o años después del momento en que se produjo.

Igual que en los adultos, el tratamiento consiste en psicoterapia que incluye desensibilización de comportamiento. En ocasiones se emplean medicamentos antidepresivos, aunque se carece de estudios realizados con controles cuidadosos sobre la eficacia y seguridad de estos medicamentos en niños. La terapia de juego y dibujo (ludogamia) también permite que los niños expresen sus sentimientos sobre acontecimientos traumáticos. Algunas familias se resisten al tratamiento. Esto provoca problemas, en especial en el caso de niños que han sufrido algún abuso por parte de miembros de su familia. Se espera que la estructura y la comunicación de la terapia familiar restauren el apoyo normal. Como ocurre en adultos traumatizados, las intervenciones terapéuticas en etapa temprana son de importancia crítica.

Tami S, una niña de tres años, fue llevada al servicio de consulta pediátrica tres semanas después de haber sufrido un accidente en vehículo motorizado, a consecuencia del cual

sufrió laceraciones leves. Su madre iba al volante y Tami se encontraba en el asiento trasero cuando un conductor intoxicado chocó lateralmente contra su auto. Al reportar el accidente a la policía, la madre de Tami indicó que había visto como introducían al conductor del otro auto a una ambulancia "gritando de dolor y bañado en sangre".

El comportamiento de Tami cambió notablemente después del accidente. Por la noche se despertaba gimiendo o llorando porque tenía "sueños malos" e insistía en dormir con su madre. Aunque había completado el entrenamiento para ir al baño casi un año antes, comenzó a tener "accidentes" y pidió usar pañales nuevamente. Su madre describió la actitud de la niña como desafiante, "como si estuviera viviendo de nuevo la etapa de los dos años" y en ocasiones gritaba a su madre cuando discutían. En otra ocasión, Tami golpeó a un compañero del preescolar cuando éste se negó a prestarle un juguete. Se había negado a subirse al auto desde el accidente y su madre se sentía "desesperada" por las batallas cotidianas para llevar a Tami al preescolar.

El estudiante de medicina y el psiquiatra infantil fueron asignados al caso y la terapia consistió en reuniones con Tami dos veces por semana. Gradualmente, Tami llegó a confiar en el estudiante lo suficiente como para iniciar la terapia de juego. Cuando se le ofrecieron diversos juguetes, Tami eligió dos automóviles y comenzó a chocarlos violentamente uno contra otro gritando "¡hombre malo! ¡hombre malo!" También hizo dibujos burdos de automóviles y cuerpos mutilados. Con el transcurso de varias semanas, los dibujos se hicieron menos violentos. Las reuniones con la madre de Tami que se sentía culpable por "no haber hecho algo para evitar el accidente" dieron como resultado que fuera enviada a terapia individual y orientación para retomar sus hábitos normales y proporcionar a su hija cuidados estructurados.

El comportamiento de Tami gradualmente regresó a la línea basal que tenía antes del accidente y sus síntomas se hicieron menos pronunciados. En la visita de seguimiento un año después, ya no presentaba síntomas.

Diagnóstico. TTPT (eje I); lesiones menores por accidente en vehículo motorizado (eje III).

Algunos investigadores y clínicos proponen que el tratamiento temprano de los trastornos de tensión postraumática y aguda en la niñez quizá reduzca el riesgo de que se desarrollen trastornos de ansiedad en etapa adulta.

## TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA EN RESPUESTA A LA VIOLACION

La mayoría de las personas que experimentan una violación presenta algunos o todos los síntomas de TTPT. La violación no constituye un crimen sexual, sino más bien un crimen de violencia y agresión, y la persona que la perpetra puede ser algún conocido, amigo o colega. Como era de esperarse, los síntomas más frecuentes y notables son pensamientos recurrentes y pesadillas de la violencia, e insomnio. Las víctimas de violación a menudo se sienten responsables de no haber evitado la agresión. De nuevo, los síntomas de TTPT que se producen de inmediato tras el acontecimiento disminuyen con el transcurso del tiempo y en la mayoría de las víctimas reaparecen en el aniversario de la agresión. El TTPT también se exacerba por traumas secundarios producidos durante los exámenes físicos en las salas de urgencia de los hospitales o al tratar con el sistema legal, en caso de que el paciente tenga que carearse con el sospechoso o es agredido verbalmente por los abogados defensores. La violación se vincula con una incidencia muy alta de trastorno de tensión postraumática; hasta 80% de las víctimas cumplen con los criterios para TTPT en los meses siguientes al incidente.

## CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DEL GENOCIDIO

La persecución y asesinato 3e los armenios a principios del siglo xx presagió un aumento del genocidio o intento de asesinato en masa de la totalidad de ciertos grupos religiosos, políticos o culturales, observada durante el siglo xx. El holocausto de la Segunda Guerra Mundial segó aproximadamente 11 millones de vidas, incluyendo seis millones de europeos de ascendencia judía, y varios millones de polacos, homosexuales, personas física y mentalmente discapacitadas y miembros de otros grupos. En los últimos 30 años hemos sido testigos de la muerte de millones de personas en Timor y Camboya, de "la limpieza étnica" de los musulmanes de Bosnia y las violentas luchas entre grupos étnicos en Ruanda. Las tensiones combinadas de ser testigo de brutalidad a gran escala y el impacto de la migración forzosa incrementan la posibilidad de diversas formas de TTPT crónica de tipo grave. Se ha observado que ejerce un impacto profundo en el comportamiento interpersonal, e inclusive en el comportamiento de los padres hacia los hijos. Numerosos estudios han documentado el impacto del genocidio en varias generaciones, muchos años después y a cientos de kilómetros de distancia de los acontecimientos originales. Los efectos psicológicos

sobre los hijos de los supervivientes incluyen mayor incidencia de ansiedad y otros trastornos psiquiátricos.

## ASPECTOS GRUPALES DE LOS SUCESOS TRAUMATICOS

Los efectos psicológicos de los traumas en un grupo de personas difieren del TTPT en pacientes individuales. A menudo, los sobrevivientes de algún trauma validan y apoyan las experiencias de sus compañeros, en particular después de algún desastre natural.

El incendio forestal de 1991 en las colinas boscosas de Oakland, California, fue el primer incendio urbano en la historia de Estados Unidos, segó más de dos docenas de vidas y acabó con cientos de casas. Los sobrevivientes del incendio establecieron rápidamente organizaciones de apoyo y para compartir información. Estos grupos de apoyo proporcionaron ayuda psicológica y resolvieron los problemas de manera compartida.

La actividad política combinada de los sobrevivientes aceleró los reembolsos de las compañías de seguros para la reconstrucción de los hogares y permitió solicitar fondos de apoyo comunitario para construir los diversos monumentos a las personas que murieron durante el incendio. Un monumento de este tipo consistió en cientos de azulejos, muchos diseñados y pintados a mano por niños, en cada uno de los cuales ilustraba la historia de algún superviviente, incluyendo escapes de las llamas, reuniones con las mascotas, y cualidades de las personas que murieron en el incendio. Estas actividades ayudaron de manera considerable a reducir la gravedad de los efectos psicológicos posteriores.

Aunque los supervivientes de desastres a menudo forman fuertes relaciones interpersonales, con frecuencia se forma una barrera psicológica con rapidez entre las personas que sobreviven al trauma y quienes intentan ayudarlos. Los clínicos deben iniciar la intervención antes de que se forme la llamada **membrana traumática.**

Inmediatamente después del temblor de 1989 en Loma Prieta, en las inmediaciones de San Francisco, el departamento de psiquiatría del Centro Médico de la Universidad de California en San Francisco organizó un banco telefónico, atendido por practicantes de psiquiatría, quienes contestaron las llamadas telefónicas de las personas traumadas de toda el área. Muchos se beneficiaron al enterarse de que sus síntomas de choque y disociación eran normales y pasarían en pocos días. También se les instruyó sobre la posibilidad de desarrollar el trastorno de tensión postraumática y se les proporcionaron diversos números telefónicos de clínicas de salud mental cercanas a las cuales podrían acudir en caso de presentar los síntomas.

## CURSO

El inicio y duración de la respuesta del individuo ante el trauma es muy variable. Algunos no experimentan síntomas de TTPT a pesar de haber estado expuestos a tensiones considerables. Otras personas emergen de traumas importantes con poca sintomatología clínica o pasan por las etapas del trastorno de tensión aguda, la negación y los síntomas intrusivos de TTPT en horas o tal vez en días.

Los síntomas del trastorno de tensión aguda suelen iniciarse poco después del suceso, aunque en ocasiones transcurren varios meses o años antes de que se observe la manifestación de alguna enfermedad. Durante este periodo, el individuo puede parecer muy poco afectado por su experiencia traumática. El TTPT también puede transformarse en una afección crónica, en particular cuando se complica con depresión o abuso de sustancias y dura varios meses o años. Otra alternativa es que los síntomas de TTPT se resuelvan, pero la respuesta traumática emerja nuevamente en el aniversario del suceso o cuando se sufre algún otro trauma.

Mientras María L, una mujer de 47 años, conducía hacia el trabajo, fue lesionada en un accidente, el otro conductor escapó. Fue hospitalizada en el servicio quirúrgico para reparación de fractura de pelvis y tuvo la pierna bajo tracción varias semanas. Durante la primera semana el personal de enfermería y el equipo quirúrgico observaron que la paciente dormía mal y lloraba durante el día. La evaluación psiquiátrica confirmó otros síntomas de TTPT como ansiedad, inquietud, sentimientos de vulnerabilidad, escenas retrospectivas y pesadillas.

No obstante, las escenas retrospectivas y las pesadillas no tenían que ver con el accidente. En vez de ello, la Srita. L experimentó el surgimiento de síntomas de TTPT relacionados con una violación perpetrada por un compañero de preparatoria, hacía 30 años. Estos síntomas persistieron varios meses tras el accidente y finalmente se aliviaron casi un año después del mismo gracias a la psicoterapia individual.

Se le prescribieron una serie de ejercicios de

relajación a la Srita. L, además de trazodona para dormir y sesiones diarias de psicoterapia de apoyo en el hospital. Sus síntomas no desaparecieron en su totalidad sino hasta varias semanas después del alta.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión postraumática (eje I); fracturas múltiples por accidente en vehículo motorizado (eje III).

El inicio del trastorno también puede retrasarse muchos meses o años. Con frecuencia, los casos retrasados son precipitados por alguna tensión grave de la vida, como alguna otra exposición traumática, el divorcio, la muerte de algún miembro de la familia o de un amigo, o alguna enfermedad que ponga en peligro la vida.

Arturo M participó en el servicio activo durante la Segunda Guerra Mundial cuando tenía 16 años, mintiendo sobre su edad. Su unidad fue enviada a Europa, donde participó en un feroz combate con los soldados alemanes al atravesar Francia. En cierta ocasión, el Sr. M disparó a una sombra que creyó era un tirador furtivo. Posteriormente se enteró que el tirador "furtivo" era una jovencita que tema abrazado a su hijo y que ambos habían muerto por el disparo.

Aunque el Sr. M negó presentar síntomas significativos de TTPT, se describió como "ansioso" en la etapa adulta. Su esposa observó que él era poco comunicativo y no expresaba sus emociones. A los 75 años se le diagnosticó leucemia y decidió ir de viaje a Europa con su esposa. Durante el viaje experimentó el inicio de los síntomas de TTPT, incluyendo insomnio grave, sentimientos de culpa por haber sobrevivido para realizar este viaje cuando tantos de sus amigos habían muerto y pesadillas y escenas retrospectivas tan vividas que "me sentía realmente como si estuviera ahí de nuevo, tuviera 16 años y estuviera dispuesto a luchar por mi vida otra vez".

Se le recetó un antidepresivo para el insomnio y las escenas retrospectivas y se le refirió a un grupo de apoyo para veteranos militares que padecen TTPT y reportó mejoría significativa tres meses después.

La quimioterapia indujo remisión de la leucemia y él observó que la relación con su esposa se caracterizaba por mejor comunicación. El Sr. M comentó que no se había dado cuenta hasta qué grado "se retraía del contacto con otras personas".

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión postraumática (eje I): leucemia (eje III).

## AFECCIONES ASOCIADAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El trastorno de tensión postraumática aumenta el riesgo de afecciones depresivas y uso de alcohol. Por lo tanto, los clínicos deben efectuar la detección de estos trastornos inquiriendo sobre síntomas de depresión, los cuales pueden superponerse de manera significativa con los síntomas de TTPT y uso de sustancias. Cuando no es posible diferenciar entre las dos afecciones se intenta el tratamiento estándar para la depresión.

Si hay uso de sustancias es probable que la recuperación se retrase significativamente o no se logre. El alcohol y los depresores del SNC como las benzodiacepinas son las drogas de abuso más comunes.

También se produce ansiedad, trastornos somatiformes y disociativos como resultados de los traumas, aunque estos trastornos son más probables en casos de traumas repetidos. Los trastornos somatiformes se evidencian a menudo como preocupación por la salud y visitas repetidas a los médicos por quejas clínicas que no tienen origen físico. Los clínicos identifican los trastornos disociativos formulando preguntas sobre sentimientos de insensibilidad emotiva, de desrealización y despersonalización y por las quejas de "lagunas mentales" o tiempo perdido. En ocasiones, los sujetos que presentan trastorno facticio o artificial simulan exposición a traumas y síntomas de TTPT. Estos pacientes suelen conceder demasiada importancia a fenómenos intrusos y son menos diestros (o tienen menos conocimiento) en cuanto a síntomas de evasión. La colaboración de los miembros de la familia, una revisión de los expedientes médicos anteriores y las pruebas neuropsicológicas a menudo ayudan a revelar la naturaleza engañosa de estas presentaciones clínicas.

## TRATAMIENTO

### Trastorno de tensión aguda

Las reacciones por tensión aguda suelen ser autolimitantes y el tratamiento consiste generalmente en psicoterapia de apoyo y de expresión a corto plazo. Muchos pacientes desean saber si sus síntomas de insomnio, mala concentración y sentimientos de confusión o "insensibilidad" son normales. En esta etapa es de suma utilidad instruirlos al respecto y asegurarles que la mayoría de los síntomas de trastorno de tensión aguda suelen ser de naturaleza limitada. Estos individuos a menudo se benefician de la psicoterapia que concede importancia al apoyo, a la comprensión y a la validación a medida que los pacientes recuerdan el trauma junto con sus respuestas emotivas cambiantes. Los terapeutas también ayudan a los pacientes a repasar y emplear las estrategias de adaptación, por ejemplo alentándolos a llamar a amigos o miembros de su

familia o a reanudar actividades que alivian la tensión como el ejercicio o tener algún pasatiempo.

Los pacientes que experimentan perturbación del sueño quizá se beneficien al seguir las técnicas de comportamiento para reducir el insomnio que se denominan higiene para dormir, las cuales incluyen evitar las bebidas con cafeína o alcohol por la noche, intentar seguir una rutina y programa para dormir y despertar y levantarse del lecho tras 30 minutos cuando no se logren dormir. Si el paciente solicita medicamentos para dormir, se le prescriben benzodiacepinas de corta duración como loracepam o temacepam. Es preciso advertirles el potencial adictivo de las benzodiacepinas cuando se usan a diario, en particular si el enfermo o los miembros de la familia tienen antecedentes que sugieran uso de sustancias o trastornos de la personalidad.

De manera anecdótica existe la preocupación de que el uso de benzodiacepinas en los primeros días tras algún trauma en realidad se correlaciona con síntomas más graves de TTPT en etapas posteriores, quizá por el efecto del medicamento, que modifica los ciclos de sueño normales y reduce las etapas MOR del sueño. La trazodona, un antidepresivo sedante quizá constituya una mejor elección para tratar síntomas de insomnio, ya que no es adictiva y no afecta de manera adversa el sueño MOR. Los antidepresivos suelen recetarse sólo cuando los síntomas del trastorno de tensión aguda son intensos e interfieren con el funcionamiento cotidiano.

Por último, los esfuerzos de prevención se dirigen a instruir a los pacientes sobre posibles estrategias de adaptación de tipo incorrecto como el uso de alcohol o el aislamiento social. El clínico debe alentar al paciente a evitar el uso de sustancias y a solicitar tratamiento si experimenta síntomas retrasados del trastorno de tensión postraumática semanas o meses después del trauma original.

### Trastorno de tensión postraumática

La naturaleza del trastorno de tensión postraumática (TTPT), y el TTPT crónico en particular, requiere un método más complejo de medicamentos y tratamientos del comportamiento. Como el abuso de sustancias (en particular del alcohol) se relaciona frecuentemente con este trastorno, se cuestiona con cuidado al paciente sobre su uso de drogas y alcohol. Los programas para tratar la drogadicción constituyen el primer paso esencial en quienes experimentan TTPT complicado por uso de sustancias.

Los antidepresivos tricíclicos como imipramina y amitriptilina y los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) (fluoxetina, sertralina, paroxetina) reducen todos la ansiedad, los síntomas de intrusión y los comportamientos de evasión. No se cuenta con estudios controlados para comparar la eficacia de estos agentes, pero generalmente los ISRS son mejor tolerados por tener un perfil de efectos secundarios más bajo. Como ocurre al tratar otros trastornos de ansiedad, se emplean agentes que provocan menos activación como paroxetina y trazodona por la noche para evitar los síntomas de insomnio. La carbamacepina y el valproato han producido de manera independiente mejoría sintomática en algunos pacientes en pruebas no controladas y quizá ayuden con los cambios repentinos del estado de ánimo y los recuerdos retrospectivos de tipo visual. Estudios recientes identifican a la buspirona como coadyuvante útil para los antidepresivos, especialmente en síntomas de ansiedad. Los bloqueadores P o la clonidina se emplean en ocasiones para ayudar a modular la excitación autonómica y la ira. No se cree que las benzodiacepinas sean igual de eficaces para el TTPT y están contraindicadas en personas con riesgo de desarrollar tolerancia. En general, los neurolépticos no se emplean excepto en los casos poco comunes de TTPT complicado con psicosis.

Se emplean estrategias de psicoterapia individual para tratar el TTPT con el fin de ayudar a los pacientes a evitar los comportamientos de evasión y la desmoralización y a controlar sus errores relacionados con el trauma. Las terapias que alientan a los pacientes "desmantelar" su comportamiento de evasión, mediante el enfoque paso a paso en la experiencia del suceso traumático, a menudo son muy eficaces. Muchas víctimas de agresiones reportan que durante el curso de la terapia con buen éxito, el contenido de sus sueños se modifica. Los primeros sueños de sumisión pasiva a menudo son reemplazados por sueños en los cuales luchan o inclusive aniquilan a su atacante.

La psicoterapia para TTPT se enfoca en estrategias de adaptación, pero también concede importancia a que el paciente comprenda su propia vida, incluyendo conflictos previos, examine su capacidad para confiar en otros y revise cualquier experiencia traumática previa. La terapia generalmente sigue varias etapas incluyendo el establecimiento de un entorno seguro y la estabilización emotiva, el proceso emotivo del trauma al volver a contar de manera gradual y experimentar de nuevo el suceso traumático y sus consecuencias y finalmente la reintegración de los procesos psicológicos normales y las relaciones personales. Con frecuencia en esta última etapa, el paciente valora nuevamente su opinión sobre el mundo y resuelve aspectos existenciales, incluyendo lo que es más importante para él y su confianza en otras personas.

## CONSECUENCIAS PSICOLOGICAS DE SUCESOS TRAUMATICOS MULTIPLES

La mayoría de las personas que desarrollan trastorno de tensión aguda o TTPT tras un solo acontecimien-

to traumático regresa gradualmente al funcionamiento que tenían antes del suceso y experimentan reducción o desaparición de los síntomas con el transcurso del tiempo. Sin embargo, al repetirse la exposición al trauma a menudo se produce una respuesta psicológica más complicada y que dura más. Quienes experimentan traumas múltiples como abuso físico o sexual en la niñez, violencia doméstica, violencia comunitaria o traumas relacionados con la guerra, suelen sufrir diversos síntomas psiquiátricos y físicos y quizá cumplan con los criterios de diversos diagnósticos de eje I y eje II además del trastorno de tensión postraumática. Judith Herman propuso inicialmente una nueva categoría diagnóstica, el **TTPT complejo,** para describir los grupos de síntomas que se encuentran con mayor frecuencia en estos pacientes.

El comité que trabajó en la definición del TTPT para el *DSM-IV* también sugirió agregar una categoría diagnóstica aparte, **trastornos de tensión extrema no especificados de otra manera** (TTENEOM) para describir de manera más completa a quienes experimentan traumas múltiples. Se decidió incluir una descripción de este síndrome en la sección de "características asociadas" del TTPT, en vez de incluirlo como categoría diagnóstica.

## INCIDENCIA

Como la respuesta a los traumas crónicos es compleja y varía según la naturaleza de la experiencia traumática individual y otros factores, no se conocen cifras de su incidencia. El abuso sexual y físico durante la niñez y también la violencia doméstica son muy comunes pero se sospecha que son poco informados. Los investigadores en el campo de trauma están intentando cuantificar los resultados más comunes de estas experiencias traumáticas. Los individuos con riesgo especial incluyen familias y parientes en los cuales uno o más individuos participan en abuso de sustancias o padecen trastornos de personalidad antisocial. Los refugiados de países desgarrados por la guerra o de naciones donde la violación a los derechos humanos es común también presentan alta incidencia de exposición a circunstancias traumáticas.

## CAUSAS

Los traumas repetitivos vencen a las defensas psicológicas. Cuando se producen en la niñez, quizá el individuo no logre desarrollar defensas saludables. En vez de ello, aprende a controlar las emociones que lo abruman confiando en estrategias de adaptación primitivas como disociación o comportamiento de daño a sí mismo. Estos patrones de mala adaptación persisten hasta la etapa adulta, y quizá desarrolle otras estrategias incluyendo abuso de sustancias, somatización o bulimia. Con frecuencia el patrón normal de desarrollo psicológico se desvía. Las personas suelen tener dificultad para confiar en otros y experimentan sentimientos de vergüenza extrema, culpa y autoculpa. Quizá estos sujetos lleguen a identificarse con el agresor. Algunas personas se sienten atraídas por relaciones abusivas o se colocan a sí mismas en peligro. Se cree que la mayoría de ellas sigue compulsiones inconscientes de volver a experimentar sucesos traumáticos del pasado, quizá en el intento de dominar el trauma, pero en vez de ello quedan atrapadas en ciclos de abuso.

## TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA COMPLEJO (TTPT): CARACTERISTICAS CLINICAS

Los sujetos que han experimentado traumas múltiples presentan dificultades con sus emociones, comportamientos y relaciones interpersonales. Los síntomas emotivos generalmente incluyen extremos mal regulados de ansiedad, ira, depresión o insensibilidad. Las perturbaciones de comportamiento incluyen evasión y aislamiento social y estrategias para regular el estado de ánimo como lapsos de ingesta excesiva y vómito inducido, dañarse a sí mismo cortándose o quemándose y con uso de sustancias.

Con frecuencia las relaciones interpersonales están gravemente alteradas. Los pacientes con trauma crónico han experimentado de manera repetida el uso incorrecto del poder por parte de otras personas. Cuando este abuso se da en manos del padre o de algún otro adulto al cuidado del niño, las interacciones subsecuentes con otros, en particular con las figuras de autoridad, suelen ser sumamente difíciles. Los sobrevivientes adultos del maltrato infantil emplean sus experiencias como patrón para formar sus expectativas sobre el posible comportamiento de otras personas. Por lo tanto, tienen dificultad para confiar en otros, esperan que los demás no sean dignos de confianza y no prestan atención a sus necesidades y además, esperan ser victimizados por violación de sus límites físicos y emotivos. De manera simultánea, los pacientes traumatizados a menudo presentan también un conjunto de deseos de compensación: que otras personas sean total y perfectamente dignas de confianza, que anticipen todas sus necesidades y que cuiden de ellos. Además, los sujetos que han experimentado algún trauma crónico, quizá se hayan identificado de manera inconsciente con su atacante y tal vez teman a sus propios impulsos violentos. Estas percepciones y expectativas complejas a menudo se dirigen hacia los médicos, en particular cuando los pacientes también afrontan la tensión de alguna enfermedad médica y experimentan regresión emotiva.

María G, una latinoamericana de 38 años, soltera, nacida en México, creció con una familia en donde se la castigaba físicamente y se la descuidaba. A los seis años de edad, la Sra. G experimentó abuso sexual por parte de un hombre que vivía en el vecindario. Las agresiones sexuales continuaron durante toda su niñez y el hombre pedía dinero a otros para que tuvieran relaciones sexuales con ella. A los 16 años, la Sra. G trabajó como prostituta y comenzó a usar "crack". Decidió dejar la prostitución y permanecer limpia y sobria tras pasar seis meses en la cárcel.

La Sra. G comenzó a experimentar síntomas múltiples, incluyendo escenas retrospectivas, pesadillas, ataques de pánico, episodios de disociación e ideas suicidas. En cierta ocasión en que se sintió abrumada se cortó las venas y padecía ataques de ira y violencia física cuando percibía alguna amenaza. Decidió que deseaba tener un hijo considerando esto como la creación de algo positivo en su vida. Sin embargo, a consecuencia de las infecciones pélvicas crónicas por los abusos sufridos, la Sra. G era infértil. Montó en cólera frente al médico que le dio estas noticias y comenzó a usar "crack" de nuevo.

**Diagnóstico.** TTPT, trastorno de pánico, episodio depresivo grave, trastorno disociativo no explicable de otra manera, abuso de cocaína (eje I).

## AFECCIONES ASOCIADAS Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Además del trastorno de tensión postraumática, las personas que han experimentado traumas crónicos a menudo cumplen con los criterios para trastornos psiquiátricos múltiples. La depresión grave es el diagnóstico comórbido más frecuente. Estos sujetos reportan perturbaciones del sueño, sensación de impotencia, autoestima baja e ideas suicidas. Con frecuencia presentan distimia o también trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. Los trastornos alimenticios (anorexia y bulimia) son comunes en esta población. Los pacientes a menudo describen también síntomas somáticos, por ejemplo dolor pélvico o quejas inespecíficas de tipo ginecológico o digestivo, algunas de las cuales quizá constituyan "recuerdos corporales" de experiencias traumáticas. Además reportan también trastornos somatiformes. El abuso de sustancias es una afección comórbida particularmente común entre pacientes que han experimentado traumas crónicos. Los sujetos que experimentan hiperexcitación crónica e intrusión quizá recurran al alcohol, a las benzodiacepinas o los opiáceos; los pacientes que presenten insensibilidad o síntomas de disociación quizá recurran a estimulantes.

Los fenómenos de disociación, incluyendo lapsos de la memoria y despersonalización son frecuentes; el trastorno de identidad disociativa (definido con anterioridad como trastorno de personalidad múltiple) es un diagnóstico asociado con menos frecuencia al abuso sexual y físico, particularmente grave durante la niñez. Los sujetos experimentan síntomas psicóticos y los más comunes son alucinaciones auditivas, como escuchar la voz del perpetrador. Los traumas físicos con frecuencia incluyen lesiones craneales y daño cerebral, y algunos individuos experimentan síntomas de epilepsia del lóbulo temporal. Los comportamientos de daño a uno mismo, como quemarse y cortarse, quizá representen una externalización de impulsos de ira, repetición de los actos traumáticos, castigo hacia uno mismo, o pueden ser un método por el cual los pacientes se calman.

Las dificultades interpersonales y de comportamiento (labilidad del estado de ánimo, comportamiento y pensamientos; identidad personal inestable; intentos suicidas y relaciones volátiles) se superponen a los criterios diagnósticos de trastorno de personalidad *borderline.* Algunos sujetos (en particular los varones) que han experimentado experiencias de abuso y de tipo traumático y se identifican con el perpetrador también presentan trastorno de personalidad antisocial y quizá tengan antecedentes de maltratar a otros.

Minh H, un vietnamita de 50 años, fue ingresado al hospital para tratamiento de neumonía. Era sumamente puntilloso y no se relacionó con nadie en el curso de la hospitalización. El personal de enfermería se preocupó al observar en diversas ocasiones que tiraba de su propio cabello con mucha fuerza.

La consulta psiquiátrica que se llevó a cabo con un intérprete vietnamita reveló que el Sr. H se sentía sumamente deprimido y ansioso. Había sido ingeniero en Vietnam del Sur y por sus antecedentes profesionales fue considerado como "enemigo político cuando el país se unificó". Fue enviado a un campo de "reentrenamiento" donde permaneció siete años. Allí lo torturaron y presenció los asesinatos de su esposa e hija. Llegó a Estados Unidos en 1988 y padecía recuerdos retrospectivos frecuentes y pesadillas sobre estos acontecimientos, los cuales no discutió nunca con nadie de su familia.

El hecho de arrancarse el cabello de manera compulsiva (tricotilomanía) le permitía reducir su sensación de ansiedad y era tan sólo un signo declarado de trastorno de tensión postraumática

grave. Otros síntomas de depresión, pomo desesperación, anhedonia y pérdida de peso, también se observaron.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión postraumática; trastorno obsesivo-compulsivo (eje I); considérese también depresión grave.

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA COMPLEJO

Algunos pacientes traumatizados crónicamente quizá nunca hayan experimentado una relación interpersonal positiva, en especial con alguna figura de autoridad. Por eso les resultará difícil establecer una alianza terapéutica, aunque esto no constituye una tarea imposible. La estructura de la relación entre el paciente y el médico se describe de manera explícita y se demuestra, y además se explica al paciente que es como "una relación de trabajo". Siempre que sea posible, se deben respetar las decisiones de los pacientes, ofreciéndoles alternativas y oportunidades de ejercer un control razonable. Por ejemplo, se les puede permitir que elijan dónde desean sentarse, a qué horas desean tener la entrevista y si necesitan hacer alguna pausa en el curso de la misma en caso de sentirse emotivamente abrumados.

También es de ayuda que el proveedor de salud reduzca su ansiedad y el temor a lo desconocido explicando el objetivo y la estructura que planea seguir en la entrevista. Por ejemplo, puede decir: "esta entrevista nos tomará aproximadamente 30 minutos. Le voy a hacer algunas preguntas acerca de sus síntomas y sobre cómo se siente en general. El motivo de estas preguntas es ayudarlo a sentirse mejor. Si en algún momento usted siente que la entrevista le resulta demasiado difícil, o no se siente cómodo para responder a ciertas preguntas, dígamelo y podemos tomar un breve descanso".

Antes de formular preguntas particularmente delicadas, debe darse una explicación al respecto: "le voy a preguntar sobre cualquier tipo de experiencia sexual no deseada que haya experimentado. Le pregunto esto porque es probable que estas experiencias quizá se relacionan con los síntomas que ahora presenta".

Los estudiantes y residentes de clínicas u hospitales, quizá tengan problemas para dar citas exactas, por exceso de trabajo, y es conveniente que se informe al paciente de cualquier retraso. Cuando no sea posible concederle la cita planeada, una breve llamada telefónica o mensaje entregado por el mensajero de la clínica ayuda a reducir su ansiedad y demuestra que el médico es confiable. Es necesario ser flexible y plantear límites realistas. Ante las inevitables desilusiones estos sujetos suelen reaccionar con ira extrema y expresan sentimientos de pérdida de confianza; por lo tanto, es importante escuchar sus reacciones y validar los sentimientos de desilusión.

Los medicamentos psiquiátricos pueden ser útiles para tratar a pacientes que hayan experimentado traumas crónicos. La intervención psicofarmacológica siempre se dirige hacia los síntomas clave. Los antidepresivos, en especial los ISRS son útiles para tratar síntomas de depresión y ansiedad. Para tratar síntomas psicóticos específicos se utilizan neurolépticos de potencia intermedia a dosis bajas. Los estabilizadores del estado de ánimo, en particular el valproato y la carbamacepina, son útiles para modular los estados afectivos extremos y quizá sean de ayuda para reducir el comportamiento impulsivo y la disociación.

Aunque tal vez las benzodiacepinas produzcan reducción inmediata de la ansiedad, deben evitarse por los riesgos de desinhibición (que pueden originar comportamiento impulsivo de tipo suicida) y la dependencia física y psicológica. En especial es preciso advertir a los pacientes sobre los efectos secundarios de todos los medicamentos prescritos, ya que los pacientes crónicamente traumatizados quizá se encuentren vigilantes, temerosos o paranoicos sobre los efectos adversos de cualquier intervención. Los medicamentos se inician a dosis sumamente bajas, las cuales se aumentan poco a poco. Siempre es necesario sopesar el riesgo de suicidio al recetar medicamentos con toxicidad significativa, como antidepresivos tricíclicos o litio.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los clínicos que trabajan con pacientes que padecen trastorno de tensión aguda o TTPT experimentan diversas emociones, las cuales van desde la identificación excesiva, hasta el distanciamiento emotivo. Los clínicos en ocasiones tienen sentimientos similares a los de los pacientes traumatizados, como negación, incredulidad, temor, ira o insensibilidad.

Diversas reacciones comunes ocurren de manera inconsciente al trabajar con pacientes crónicamente traumados. Tal vez el clínico adopte el papel de víctima y se sienta "retenido" a la fuerza por el paciente; cuando el clínico adopta el papel de perpetrador sentirá que está castigando o lastimando al paciente; y si adopta el papel más común de rescatista tendrá sentimientos de responsabilidad excesiva hacia el paciente y actuará en consecuencia. Herman describe el fenómeno común de culpar a las víctimas; esto se entiende como el modo de los proveedores de la salud de distanciarse a sí mismos de lo doloroso que es darse cuenta de que el mundo con frecuencia es impredecible, incontrolable y peligroso. Los clínicos que traba-

jan con personas traumadas son susceptibles al agotamiento emotivo y deben solicitar el apoyo de sus colegas y planear algún momento para discutir las dificultades en el trabajo. La neutralidad terapéutica en el medio clínico es diferente de la imparcialidad ética y legal. El clínico se encuentra en libertad de afirmar que el transgresor ha cometido un delito y expresar su propia ira al paciente.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DEL TRASTORNO DE TENSION POSTRAUMATICA

Muchas características del trastorno de tensión postraumática dependen de los antecedentes culturales. Se observan tasas sumamente elevadas de experiencias traumáticas entre los inmigrantes en Estados Unidos procedentes de América Central, Europa del Este, la ex-Unión Soviética y Asia, donde las revueltas políticas y la violencia ocasionan que millones de personas sean detenidas, torturadas y mueran. Las condiciones antes de la inmigración y los traumas experimentados al huir de otros países aumentan aún más la posibilidad de TTPT. Las tensiones inherentes a la experiencia del inmigrante recién llegado (p. ej., exposición a costumbres, idioma y valores diferentes) también contribuyen en conjunto a los trastornos de ansiedad. La expresión de la ansiedad a través de síntomas somáticos se observa con frecuencia en personas de entornos rurales, que proceden de un nivel socioeconómico y educativo inferior. Los grupos de apoyo para pacientes con antecedentes similares ayudan a aliviar la sensación de marginación y pérdida que se asocia con el trastorno de tensión postraumática.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Los aspectos éticos y legales que surgen al tratar a pacientes con TTPT, a menudo incluyen responsabilidades conflictivas para el médico con respecto a sus obligaciones médicas y legales, la confidencialidad de la información y la valoración del impacto del trauma en la capacidad del paciente para funcionar en el trabajo.

Quizá las leyes estatales requieran que los médicos denuncien diversos delitos a la policía, incluyendo violencia doméstica, lo que viola la confidencialidad del paciente si él o ella no está de acuerdo en denunciar. Se requiere legalmente que los médicos informen a los servicios de protección infantil si existe un posible riesgo o amenaza al niño. Esto no significa que el clínico tenga que investigar el abuso y asegurarse de él; sólo implica reportar la sospecha de abuso. Es preferible orientar a los pacientes de antemano y explicarles que quizá su derecho a la confidencialidad se vea comprometido, aunque esta advertencia retrase la formación de la alianza terapéutica. De lo contrario, quizá los pacientes se sientan traicionados al saber que se ha revelado información y que ya no es confidencial.

> Roberta F, estudiante universitaria de tercer año de 19 años de edad, acudió a los servicios de salud estudiantiles por quejas físicas múltiples. La astuta estudiante de medicina que efectuó la entrevista y el examen físico observó que sus síntomas somáticos eran ambiguos y principalmente se reflejaban en el área abdominal y pélvica y que la Srita. F tenía apariencia deprimida y ansiosa. Con base en estas observaciones, la estudiante de medicina preguntó a la Srita. F si alguna vez había sufrido algún abuso sexual. La paciente quiso saber si su respuesta sería confidencial. La estudiante de medicina le aseguró que la información que le diera no sería revelada más que a su supervisor, un internista de la clínica.
>
> Entonces la Srita. F procedió a revelarle que su padrastro la había molestado sexualmente los últimos seis años y que nunca había comunicado el abuso a nadie, excepto a su madre, quien no lo creía. La Srita. F estaba preocupada de que tal vez su padrastro estuviera abusando de sus dos hermanas más jóvenes, de 12 y de 15 años.
>
> El internista supervisor se unió a la paciente y la estudiante de medicina el resto de la entrevista. Después que la estudiante de medicina terminó de presentar el caso, el supervisor indicó a la paciente que la clínica estaba legalmente obligada a informar a los servicios de protección infantil sobre el posible abuso de sus hermanas. La Srita. F se puso furiosa y gritó a la estudiante, "¡usted me prometió que esto se mantendría confidencial!" La estudiante y el supervisor pidieron disculpas a la paciente y le explicaron que la confidencialidad tenía ciertos límites que debieron haberle explicado. El médico de turno ofreció a la Srita. F la opción de efectuar la llamada a la policía mientras se encontraba aún en la clínica en un esfuerzo de darle el control. La Srita. F lo hizo y también aceptó la referencia a un psicoterapeuta.

En situaciones de tipo militar y programas de ayuda para empleados, también surgen deberes competitivos hacia los pacientes y las agencias pues los médicos quizá necesiten reportar sobre el estado de salud

mental del paciente a sus oficiales superiores, decidir si el sujeto es mentalmente apto para continuar trabajando, o establecer hasta qué grado se encuentra traumado y determinar los beneficios relacionados con el empleo. Los casos que incluyen aspectos legales, como la compensación para el trabajador y otros procedimientos de discapacidad, probablemente también provoquen conflicto en el médico respecto a su lealtad hacia los pacientes y hacia las compañías de seguros o hacia el sistema judicial.

Además los médicos deben tener en cuenta la necesidad de mantener la confidencialidad, especialmente cuando se reportan catástrofes y otros tipos de traumas a través de los medios de comunicación.

La sala de urgencias estaba inundada con docenas de niños rescatados del accidente de un camión escolar y el servicio de noticias de la localidad envió a un equipo de reporteros al hospital. Se prohibió la entrada al equipo a la sala de urgencias, pero aguardaron fuera de ella con la esperanza de entrevistar al personal médico o a los familiares.

El reportero se acercó a un estudiante de tercer año que salía del edificio y le preguntó cómo estaban los niños. El estudiante comenzó a describir el estado físico y emocional de los niños y sus familias, pero fue interrumpido por una enfermera que salía de la unidad, quien le recordó que las familias no habían dado su consentimiento para publicar esa información y que estaba infringiendo la confidencialidad al publicar su estado de salud.

## CONCLUSION

El trastorno de tensión postraumática surgió en la última década como un trastorno poco comprendido y rara vez diagnosticado; Se vincula con discapacidad significativa en ciertos casos, complicada por depresión, uso de sustancias, disminución del funcionamiento ocupacional o social e inclusive, suicidio. Afortunadamente, puede controlarse y tratarse de manera eficaz. La clave es un diagnóstico pronto y enviar al paciente a profesionales de salud mental. Continúan las investigaciones para determinar la base psicológica y biológica del TTPT y también las formas de terapia más eficaces para este trastorno:

Como la medicina y la psiquiatría suelen enfocarse en la psicopatología, se ha prestado relativamente poca atención al concepto de adaptabilidad (la capacidad de volver al estado original) y a las características de los individuos y grupos que emergen de un trauma único o repetido sin cicatrices psicológicas. Quizá el estudio de estos individuos permita a los clínicos algún día prevenir el TTPT "inmunizando" a.tos grupos de población vulnerables expuestos a traumas. Sin embargo, quizá las estrategias más eficaces de prevención sean los esfuerzos de salud pública dirigidos a reducir la incidencia de los traumas en sí.

## REFERENCIAS


Blanchard EB, Hickling EJ: *After the Crash: Assessment and Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors.* American Psychiatric Association Press, 1997.

Cardena E, Speigel D: Dissociative reactions to the San Francisco Bay Área Earthquake of 1989. Am J Psychiatr 1993;150(3)474.

Goleman D: Trauma and emotional relearning. In: *Emotional Intelligence.* Bantam, Doubleday, Dell, 1995.

Herman JL: *Trauma and Recovery.* Basic Books, 1992.

Horowitz MJ: Disasters and psychological responses to stress. Psychiatr Ann 1985; 15(3):161.

Janoff-Bulman R: *Shattered Assumptions: Toward a. New Psychology of Trauma.* Free Press, 1992.

Marmar CR et al: Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. Am J Psychiatr. 1996; 153(7): 94(Suppl).

Marshall RD, et al: A pharmacotherapy algorithm in the treatment of posttraumatic stress disorder. Psychiatr Ann 1996;26(4):217.

National Center for PTSD: Research and Education on PTSD (includes link to searchable PILOTS database). http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd

Schwartz ED, Perry BD: The post-traumatic response in children and adolescents. Psychiatr Clin N Am 1994;17(2):311

Terr L: Childhood traumas: an outline and overview. Am J Psychiatr 1991;148:10

Terr L: *Too Scared to Cry.* Harper & Row, 1990.

Tomb D: The phenomenon of post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin N Am 1994; 17(2):237.

van der Kolk B, McFarlane AC, Weisaeth L (editors): *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society.* Guilford, 1996.

Wilkinson A: A changed vision of God (Cambodia's Holocaust). New Yorker 1994; Jan 24.

# 9 Trastornos somatiformes y comportamiento anormal de enfermedad

*David Elkin, MD*

A menudo se observan quejas físicas **(somáticas)** con base psicológica o que constituyen una exageración de alguna enfermedad física preexistente en los hospitales y clínicas de pacientes externos. La clasificación de los trastornos que incluyen algún tipo de somatización comprende diversas categorías. En primer lugar, cierto grado de somatización ocurre con frecuencia inclusive en individuos saludables y no se considera como signo de psicopatología. La mayoría de las personas presenta algún episodio transitorio y leve de somatización, como la sensación de vómito mientras se aguarda la entrevista para obtener empleo o evitar alguna obligación social diciendo que se siente enfermo.

En la clínica médica, los pacientes que presentan preocupación médica crónica de tipo leve se denominan **personas preocupadas en buen estado de salud.** No obstante, algunos presentan quejas somáticas tan graves, que interfieren con su capacidad para trabajar y afectan sus relaciones con amistades y familiares. Estos trastornos pueden desarrollarse de manera consciente o inconsciente, y a menudo se vinculan con otras enfermedades psiquiátricas. En ocasiones son tan crónicos y debilitantes que los sujetos quedan parcial o totalmente discapacitados.

En la figura 9-1 se muestra la relación de las tres categorías principales de comportamiento anormal de enfermedad. Cuando de manera inconsciente los individuos producen síntomas y no saben la meta de este comportamiento se dice que padecen un **trastorno somatiforme. En el trastorno facticio,** los pacientes producen conscientemente los síntomas, aunque desconocen de manera consciente su objetivo y parecen motivados únicamente por el deseo de transformarse en pacientes en un entorno médico. El **fingimiento** (o enfermedad fingida) describe el comportamiento de las personas que conscientemente simulan síntomas físicos para obtener medicamentos para el dolor o compensaciones financieras.

Las personas que padecen estos trastornos comprenden un pequeño porcentaje de los pacientes externos que somatizan pero utilizan con gran frecuencia y a un alto costo el sistema de cuidados de salud.

Estos pacientes consumen una cantidad considerable de dinero dedicado al cuidado de la salud y esfuerzos médicos.

Sus visitas frecuentes al consultorio y a la sala de urgencias causan frustración, tanto del paciente como del médico, y además plantean el dilema clínico de determinar hasta qué grado de agresividad deben investigarse los síntomas.

El reconocimiento, la evaluación y el tratamiento son los pasos críticos para el control de este tipo de trastornos.

En hospitales y clínicas de pacientes externos a menudo se observan quejas somáticas con base psicológica o que constituyen exageraciones de enfermedades físicas preexistentes. El reconocimiento, diagnóstico y tratamiento son los pasos críticos en la evaluación de los posibles síntomas de somatización. Los sujetos con trastornos somatiformes constituyen un pequeño porcentaje de los pacientes externos y se encuentran más allá del espectro de pacientes que constituyen "los pacientes que se encuentran bien pero están preocupados"; no obstante, realizan visitas sumamente frecuentes y gastan muchos recursos del sistema de cuidados de salud.

## TRASTORNOS SOMATIFORMES

Hay seis tipos de trastornos somatiformes: trastorno de conversión, trastorno de dolor somatiforme,

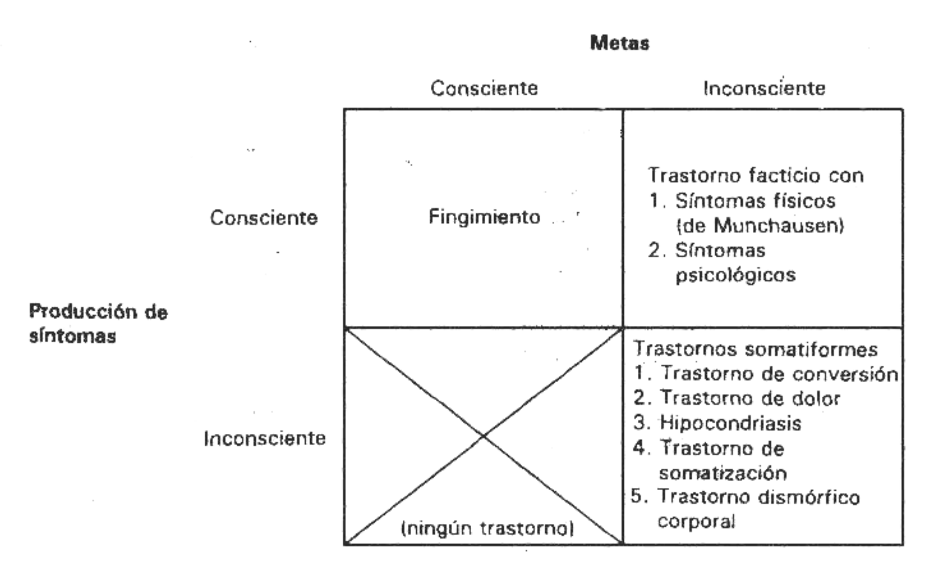



**Fig. 9-1**. Causas de los comportamientos anormales de enfermedad. El fingimiento se refiere a aquellos pacientes que conscientemente simulan síntomas médicos para obtener ganancias financieras o fármacos. Quienes presentan trastorno facticio a menudo acuden a diversos hospitales, clínicas y salas de urgencia (conversión facticia); estas personas quizá también simulen síntomas dé manera consciente, aunque no conocen con claridad sus metas, la cual es transformarse en un paciente de algún hospital o clínica. Las personas' que padecen trastornos somatiformes (trastorno de conversión, trastorno de dolor, hipocondriasis, trastorno de somatización o síndrome dismórfico corporal) presentan quejas físicas; sin embargo, no están conscientes de su meta ni tampoco de que los problemas físicos que perciben tienen base psicológica.

hipocondriasis, trastorno de somatización, síndrome dismórfico corporal y trastorno somatiforme no diferenciado. En estos trastornos el paciente desconoce la manera en que se producen los síntomas y el objetivo del comportamiento de enfermedad.

## INCIDENCIA

La hipocondriasis constituye el trastorno somatiforme más frecuente; afecta a igual número de hombres y mujeres. La definición más amplia de este trastorno puede aplicarse a cerca de la mitad de todos los pacientes en las clínicas de pacientes externos. El riesgo de que el trastorno.de somatización dure toda la vida es menor al 3% en mujeres, y es aún menos común en varones. La incidencia de otros trastornos somatiformes es baja. El trastorno de conversión y el trastorno de dolor somatiforme son más frecuentes en mujeres que en hombres, pero son experimentados por menos del 1 % de la población. No obstante, la incidencia de todos estos trastornos es mucho más alta en el medio clínico debido al efecto de concentración de las citas médicas frecuentes para pacientes que presentan quejas físicas múltiples. El síndrome dismórfico corporal también es poco frecuente y se observa más en las clínicas de cirugía plástica.

El elevado costo de la somatización se debe principalmente al gasto en que se incurre al evaluar las quejas risicas. Alrededor de 10% de todos los pacientes médicos y quirúrgicos no presentan evidencia física de enfermedad leve o grave. La mayoría de ellos presentan algún trastorno de ansiedad o somatiforme. Según un estudio realizado en 1991, el costo de evaluar y dar tratamiento a estos pacientes fue de 30 000 millones de dólares al año; esta cifra no incluyó el costo adicional de la discapacidad. Las restricciones económicas para el suministro de cuidados de salud conceden cada vez más importancia al papel que desempeña el proveedor de cuidados primarios en la detección y tratamiento de personas con quejas físicas de base psicológica.

## CAUSAS

La somatización (el proceso de producir síntomas que sugieren una enfermedad física) es un mecanismo de defensa común a todos los trastornos somatiformes. Según el modelo psicodinámico, la somatización evita la ansiedad que surge de impulsos conflictivos e inaceptables en el inconsciente y preserva un sentido coherente del yo mismo *(self)*. El proceso de somatización se produce en "diversos tipos de pacientes y

medios, pero también surge dentro del contexto de tensiones psicosociales extremas que resultan intolerables a nivel consciente o inconsciente.

Por ejemplo, en la víspera de una batalla importante, quizá un soldado luche inconscientemente con el deseo de matar (para permanecer vivo) y la creencia de que quitar la vida es moralmente incorrecto en cualquier circunstancia. Quizá este soldado experimente parálisis de la mano que sugiera un trastorno neurológico. Pero al efectuar el examen físico, la parálisis no se correlacione con ningún patrón conocido de deficiencia neurológica, y todas las pruebas físicas (p. ej., electromiografía, resonancia magnética) no arroja ningún dato. En este caso, el soldado habría producido inconscientemente un síntoma físico (parálisis) que lo incapacitó para evitar el conflicto físico y emotivo. Este síntoma tiene dos objetivos: primero, reduce la ansiedad del paciente, lo que se denomina ganancia primaria. La ganancia secundaria se deriva de adoptar el papel de enfermo. En este caso la parálisis probablemente lo excuse de entrar en batalla y de otras responsabilidades.

La somatización representa un fenómeno tan común y difundido que muchos médicos lo consideran normal y no reconocen como enfermedad muchos de los estados psicopatológicos que aquí se estudian. Un ejemplo de somatización que puede resultarle familiar a numerosos lectores es el de "el estudiante de medicina enfermo", en el cual el estudiante (habitualmente de segundo o tercer año) cree estar enfermo de una enfermedad que acaba de estudiar. Un problema físico corriente como dolor de pies o una torcedura del tobillo suele ser sobreinterpretado —por ejemplo, una estudiante que siente dolor de espalda después de realizar ejercicio supone que se debe a una espondilitis anquilosante (una enfermedad progresiva en la que las vértebras se fusionan) o una adenitis trivial como consecuencia de un resfriado se interpreta como expresión de una enfermedad de Hodgkin (un tipo de cáncer linfático). Lo intratable del asunto y el rechazo a una convicción racional recuerdan la ilusión somática (una creencia falsa y fija de que algo está mal con alguna parte del cuerpo, órgano o función), la cual se encuentra a veces en el trastorno somatiforme y resulta habitualmente enriquecida por los conocimientos patológicos que tiene el estudiante. El momento de aparición de este síndrome en la escuela de medicina ha dado lugar a teorías que estiman que ciertos estudiantes usan la somatización como una defensa contra la ansiedad que les crea la exposición a la vulnerabilidad del cuerpo y otras tensiones propias del entrenamiento médico.

La somatización es un fenómeno culturalmente aprobado para expresar depresión y ansiedad y quizá aumente en etapas de tensión social, por ejemplo, cuando se producen reveses económicos. Tal parece que existe una relación inversa entre la tolerancia cultural hacia la aceptación y discusión de enfermedades mentales y la somatización.

## TRASTORNO DE CONVERSION

Las personas con trastorno de conversión presentan síntomas que sugieren un trastorno neurológico, pero las pruebas de laboratorio son negativas y el examen físico suele revelar síntomas incongruentes con la anatomía del cuerpo. Los síntomas suelen incluir parálisis, convulsiones (con electroencefalograma normal), incontinencia (con resultados normales en la prueba de tono del esfínter), ceguera, etc. El inicio suele producirse tras alguna tensión aguda. El pronóstico es bueno cuando los síntomas no han durado mucho (p. ej., días o semanas) pero es peor para casos crónicos.

Gloria R, una estudiante del último año de enfermería de 22 años de edad, ingresó a la unidad de neurología para evaluación de un trastorno convulsivo que se inició tres meses antes. Las pruebas de laboratorio efectuadas como paciente externo fueron todas negativas, incluyendo serología y química sanguínea, TC craneal y EEG. Como los trastornos convulsivos quizá no se detecten en el EEG (los resultados falsos negativos son comunes), la Sra. R ingresó a la unidad de neurología para someterse a **telemetría** de 24 horas. En este procedimiento se emplea una cámara para grabar el comportamiento del paciente mientras los electrodos del EEG registran sus respuestas fisiológicas de manera simultánea.

La Sra. R describió diversas tensiones psicosociales al equipo de neurología. Era la más pequeña de varios hijos, considerada como la "bebé" de la familia. Tardó un año más en graduarse de la escuela de enfermería. El entrenamiento le resultaba tensionante y se sentía asustada y ambivalente ante el prospecto de asumir la responsabilidad de una enfermera registrada. Se sintió muy perturbada durante su rotación en el departamento de psiquiatría de un hospital estatal, seis meses antes. Estuvo sumamente ansiosa al trabajar con personas psicóticas y se sentía atemorizada por su comportamiento descontrolado y extraño. La Sra. R se había casado con un antiguo novio en los seis meses anteriores, a pesar de que no consideraba estar lista para "sentar cabeza y asumir todas esas responsabilidades". Ella y su marido tenían dificultades para ajustarse a la vida de casados y cuando las convulsiones se iniciaron ella solicitó un periodo extenso de ausencia de la escuela

y ambos se fueron a vivir con los padres de ella. Actualmente ella y su marido tenían dificultades para tratar con su familia en "un espacio tan pequeño".

La Sra. R nunca había consultado a un profesional de salud mental. Sin embargo, en el pasado experimentó episodios de ansiedad, depresión y baja autoestima. Sus antecedentes médicos fueron notables por dolor abdominal crónico a los 15 años de edad- La laparotomía abdominal exploratoria arrojó datos normales en esa época y el dolor abdominal desapareció en un lapso de seis meses.

Durante el periodo de observación de 24 horas, la Sra. R experimentó dos convulsiones. Presentó síntomas mínimos tras las convulsiones y sus movimientos fueron atípicos respecto de los que se observan en la mayoría de los trastornos convulsivos. Lo más significativo fue que los trazos, del EEG permanecieron totalmente normales en el curso de las convulsiones, excepto por trazos debidos a los movimientos de la paciente; no se observó actividad máxima, lo que confirmó el diagnóstico de trastorno de conversión. Se mostraron los resultados de la telemetría a la Sra. R y las observaciones se explicaron como un síntoma de la tensión. Esta mujer reaccionó con incredulidad e ira cuando le indicaron que sus convulsiones no tenían base fisiológica e insistió en que "no las fingía". Posteriormente aceptó ser enviada a un psicoterapeuta.

**Diagnóstico.** Trastorno de conversión (seudoconvulsiones) (eje I).

En 10 a 50% de las personas a quienes se diagnostican un trastorno de conversión, en último término se les diagnostica alguna enfermedad física. Por ejemplo, como los síntomas de trastornos del tejido conectivo como esclerosis múltiple o lupus eritematoso sistémico a menudo ocurren en distintos momentos y en diversas ubicaciones del cuerpo, este tipo de trastornos inicialmente se diagnostica en forma errónea como problemas psicológicos. Los sesgos dentro del sistema médico y de los médicos individuales en contra de las mujeres, las personas con desventajas económicas o los pacientes de distinto origen étnico quizá contribuyan a investigación inadecuada y al diagnóstico prematuro de trastorno de conversión en presencia de una enfermedad real.

Luisa H, una mujer de 25 años en su último mes de embarazo, se presentó a la sala de urgencia quejándose de ceguera unilateral. Parecía asustada y ansiosa y un médico la describió en su expediente como "histérica". Sus signos vitales incluyeron presión arterial alta y pulso acelerado, lo que se considera normal en el paciente ansioso. Debido a su ansiedad se dificultó examinar sus ojos y retina con el oftalmoscopio, pero el estudiante de medicina que llevó a cabo el examen creyó ver "algo raro" en el ojo afectado. Los residentes de turno anotaron los resultados del examen ocular como "no notable".

El inventario de los aspectos psicosociales de la vida de la Sra. H levantaron cada vez más sospechas en el residente de trastorno de conversión. La Sra. H tenía 36 semanas de embarazo y se sentía ambivalente al respecto. El padre biológico era un novio que la había abandonado al enterarse del embarazo. Ella había considerado abortar pero determinó que esto iba en contra de sus creencias religiosas y ahora se sentía molesta por el prospecto de tener que cuidar al niño y estaba considerando darlo para adopción inmediata.

La Sra. H fue dada de alta de la sala de urgencias tras varias horas con un diagnóstico presuntivo de trastorno de conversión sin tratamiento. Se le programó una visita a la clínica prenatal para la semana siguiente. Se negó a asistir a una cita psiquiátrica como paciente externa y se veía notablemente enojada y alterada cuando salió de la sala de urgencias, quejándose de que no veía bien.

La Sra. H regresó dos días más tarde con mayor disminución de la visión de su ojo derecho e inicio de una cefalea pulsátil derecha de tipo grave. El examen oftalmoscópico reveló con claridad trombosis (coágulos) en la vena retinal derecha, que probablemente ya estaba presente en la visita previa. El bebé nació varios días después, pero la visión de la paciente permaneció afectada.

**Diagnóstico.** Trombosis venosa retinal derecha (eje III). Sin diagnóstico psiquiátrico.

El abuso sexual durante la niñez con frecuencia se manifiesta como trastorno de conversión. Este trastorno también ocurre en el "paciente identificado" con una familia caótica y disfuncional (se considera que el paciente identificado tiene el "problema", lo cual distrae a la familia, y a menudo al médico, de otros problemas familiares más perturbadores y vergonzosos como alcoholismo, violencia doméstica o abuso sexual). Otro riesgo potencial ocurre cuando un trastorno de conversión se superpone con una enfermedad médica preexistente.

Maribel G, una niña latinoamericana de 12 años, ingresó a la unidad de neurología para evaluación de convulsiones. Estas ocurrían aun

cuando Maribel tomaba niveles terapéuticos de anticonvulsivos según se confirmó por la supervisión de sus padres de los medicamentos y sus niveles sanguíneos. El residente de neurología observó que Maribel no había cumplido con su dosis de anticonvulsivos en el pasado, cuando su trastorno convulsivo fue diagnosticado por primera vez y había presentado varias convulsiones documentadas con EEG. Actualmente las convulsiones eran distintas, con contracciones musculares más violentas que en ocasiones parecían premeditadas. Por ejemplo, en ocasiones golpeaba a algunos miembros de la familia de manera preferencial. El residente y el personal de enfermería compartieron una sospecha creciente de que Maribel se encontraba consciente durante las convulsiones que presenciaron durante esta estancia hospitalaria.

La consulta psiquiátrica de Maribel fue notable por ausencia de síntomas psiquiátricos, excepto que era emotivamente inmadura para su edad y se reía y se carcajeaba durante la entrevista. No se observaron signos de depresión o psicosis ni evidencia de abuso sexual.

A continuación se entrevistó a los familiares de Maribel. Esta familia experimentaba numerosas tensiones psicosociales. Ambos padres trabajaban en granjas por sueldos bajos, lejos de sus propias familias. Difícilmente lograban mantener a sus cuatro hijos y sus horas de trabajo les dejaban poco tiempo para sus labores de padres. Los miembros de la familia discutían airadamente unos con otros, y los padres habían incurrido en violencia física mutua varias veces en el mes anterior. Las convulsiones de Maribel habían vuelto a presentarse en el curso de estas peleas, tras dos años de haber estado bajo control.

Un EEG obtenido durante una de las convulsiones de Maribel mostró trazos normales en todos los electrodos, sin los máximos característicos de las verdaderas convulsiones. Se aconsejó a sus padres que continuaran dándole los medicamentos anticonvulsivos y se los envió a un terapeuta familiar.

**Diagnóstico.** Trastorno de conversión con convulsiones fuertes y leves (seudoconvulsiones) (eje I); trastorno convulsivo (eje III).

## TRASTORNO DE DOLOR RELACIONADO CON FACTORES PSICOLOGICOS

El **trastorno de dolor relacionado con factores psicológicos** es análogo a un trastorno de conversión en el cual el dolor es el síntoma por el que la persona solicita tratamiento. De la base psicógena se puede derivar parte del dolor o todo él. Este trastorno también ocurre en pacientes que han sufrido lesiones físicas importantes pero en quienes el dolor parece fuera de proporción o inesperado, dada la extensión conocida de daños físicos. De nuevo, el pronóstico se relaciona inversamente con la cronicidad del síndrome; los síndromes de dolor que persisten por meses o años no suelen responder bien al tratamiento ni disminuir. Las acciones legales no resueltas, las audiencias para compensación de los trabajadores o el estado de discapacidad también se asocian con un curso crónico. Quizá se dificulte evaluar cualquier tipo de trastorno de conversión, pero esto es particularmente cierto en el caso del dolor, ya que se dispone de pocas pruebas objetivas y los trabajadores de la salud muestran una tendencia marcada a subestimar la experiencia subjetiva del enfermo. La respuesta del mismo a los medicamentos contra el dolor no permite efectuar una discriminación entre el dolor de origen físico y el dolor psicógeno, porque los narcóticos con frecuencia producen alivio también del primero.

Un estudiante de medicina de tercer año fue asignado para evaluar a un paciente de cardiología para una consulta psiquiátrica. El paciente, un hombre de 32 años, experimentaba dolor torácico que respondía bien a la nitroglicerina. La prueba de esfuerzo con ECG simultáneo no demostró cambios congruentes con isquemia cardiaca a pesar de que la persona se quejaba de dolor torácico que respondía a la nitroglicerina. Los cardiólogos consideraron que basándose en antecedentes no convincentes del paciente y en las pruebas negativas del laboratorio, era probable que el dolor fuera de origen psicológico y solicitaron una consulta psiquiátrica.

Cuando el estudiante médico llegó para examinar al paciente, se enteró de que los cardiólogos habían decidido efectuar un angiograma coronario para visualizar cualquier bloqueo de las arterias coronarias. El estudiante encontró al paciente en el área de espera del laboratorio de cateterismo cardiaco. El paciente estaba programado para la siguiente sala disponible y se encontraba sobre una camilla con los ojos cerrados. Le habían administrado medicamentos opiáceos contra el dolor por vía intravenosa y una benzodiacepina hacía pocos minutos, por lo cual se encontraba somnoliento. Entendió que el estudiante pertenecía al servicio de psiquiatría y dijo "pienso que este dolor es psicosomático: mi padre murió de un ataque cardiaco cuando tenía menos de 40 años y estoy preocupado de que pueda darme uno". Antes de que el estudiante pudiera formularle más preguntas, el

paciente fue llevado al laboratorio para el cateterismo.

Al día siguiente, el estudiante acudió a la habitación del paciente para completar la entrevista y la valoración psiquiátrica. Los resultados del cateterismo no indicaron bloqueo de las arterias coronarias, eliminando así de manera definitiva la causa física del dolor torácico del paciente. Este no reconoció al estudiante ni su nombre y se mostró intrigado. Cuando el estudiante le recordó lo que le había dicho el día anterior, cuando sugirió que sabía que su dolor era psicógeno y relacionado con la muerte de su padre se agitó y montó en cólera, demandando que el estudiante médico saliera de su habitación.

**Diagnóstico.** Trastorno de dolor relacionado con características psicológicas (eje I).

**Discusión.** Las benzodiacepinas de corta acción, como el diacepam, tienen un efecto similar al alcohol y se emplean en diversos procedimientos específicamente por sus efectos amnésicos. Probablemente, el paciente en este caso dio una respuesta tan informada y llena de comprensión antes del cateterismo por el efecto desinhibidor del medicamento preoperatorio. Cuando el efecto del medicamento pasó, el paciente de nuevo fue incapaz de comprender la causa psicológica de su dolor. De manera inadvertida el estudiante confrontó sus defensas psicológicas, por lo cual el paciente reaccionó con temor eirá.

## HIPOCONDRIASIS

Cierto grado de la preocupación sobre la propia salud se considera normal y de adaptación. No obstante, las personas que padecen **hipocondriasis** se preocupan en exceso por las enfermedades, mucho más allá del espectro usual que se observa en otras personas y de manera maladaptada, tanto para ellos como para quienes lo rodean, en particular sus médicos. Suelen malinterpretar los signos físicos normales. Por ejemplo, para un paciente hipocondriaco, los ruidos estomacales indican cáncer del estómago. La obsesión con la enfermedad puede ocasionar interferencia significativa con el trabajo y las relaciones sociales. Estos pacientes visitan al médico con frecuencia y suelen presentar sus quejas con detalle y repitiendo lo mismo una y otra vez. En ocasiones sugieren que los resultados negativos de las pruebas son incorrectos, dicen estar seguros de que tienen alguna enfermedad e indican que se necesitan más pruebas y exámenes. Quizá estos pacientes tengan fuertes antecedentes familiares de hipocondriasis. Los hipocondriacos usualmente procesan la información de manera detallada muy similar a la de las personas con personalidad obsesiva-compulsiva, en oposición al estilo más histriónico que se observa en el trastorno de somatización (véase la siguiente sección). Como ocurre con otros trastornos somatiformes, el médico debe dar seguridad al paciente y no alimentar sus temores investigando todas sus quejas; por otra parte, también debe suministrarle los cuidados adecuados.

## TRASTORNO DE SOMATIZACION

El **trastorno de somatización** se caracteriza por diversas quejas en aparatos y sistemas múltiples; uno o más trastornos de conversión, dolores fuertes y débiles de tipo difuso, molestias gastrointestinales como náusea y vómito y quejas genitourinarias (véase el cuadro 9-1). Este trastorno con frecuencia se inicia cuando el paciente es mayor de 30 años y suele ser crónico, interfiere con el trabajo y las relaciones sociales y es resistente a las intervenciones psicológicas. Quienes padecen este trastorno quizá estén gozando de discapacidad y suelen tener relaciones alteradas, intensas e inestables por lo que en consecuencia su sistema de apoyo social es malo. Su comportamiento puede ser caótico e inestable y quizá provoquen en sus médicos fuertes reacciones de contratransferencia que incluyen ira o rabia. Existe correlación entre el trastorno de somatización, la depresión, el trastorno de personalidad *borderline o* histriónica y los trastornos alimenticios como anorexia o bulimia.

Algunos estudios han documentado anormalidades de lenguaje y otras disfunciones cognoscitivas en personas con trastorno de somatización. Cuando se sospecha que el enfermo padece trastorno de somatización se le debe evaluar para determinar antecedentes de abuso sexual durante la niñez, ya que la somatización quizá represente cierto tipo de trastorno de tensión postraumática (TTPT) de tipo complejo y crónico en la cual el dolor genitourinario y de otros tipos sirve como un recuerdo somático intrusivo (p. ej., físico) del abuso. Los sujetos con trastorno de somatización también corren mayor riesgo de uso de sustancias y actos autodestructivos como el suicido.

Juana C, una joven blanca de 31 años de edad que estaba siendo evaluada por diversos síntomas gastrointestinales en una clínica para pacientes externos, se negó de manera repetida a asistir a una consulta psiquiátrica. En los últimos dos años acudió a la clínica cada dos o tres semanas y solicitaba acudir semanalmente. Otro médico le había dado incapacidad, por lo tanto no trabajaba. Se encontraba aislada de su familia y no tenía amigos, pues consideraba que "no podía confiar en ninguno de ellos".

La Sra. C tenía diversas quejas que descri-

**Cuadro 9-1. Características principales de trastornos somatiformes**

| *Trastorno somatiforme* | *Principales características clínicas* | *Trastornos relacionados* | *Comentarios* |
|---|---|---|---|
| Trastorno de conversión | Los síntomas sugieren un trastorno neurológico | Síndrome de tensión postraumática | La causa fisiológica se pasa por alto en 10 a 50% de los casos (p. ej., lupus, esclerosis múltiple) |
| Trastorno de dolor | El dolor tiene base total o parcialmente psicológica | Síndrome de tensión postraumática, depresión | La causas fisiológica se pasa por alto en ciertos casos; se requiere un método multidisciplinario |
| Hipocondriasis | Quejas persistentes y ambiguas y preocupación sobre enfermedad física | Depresión grave, distimia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de personalidad o rasgos del mismo | Se observa una forma leve hasta en la mitad de los pacientes externos médicos; único trastorno somatiforme con igual incidencia en ambos sexos |
| Trastorno de somatización | Quejas múltiples en diversos aparatos y sistemas; se inicia después de los 20 años de edad; crónico | Trastorno de personalidad *borderline,* trastorno de tensión postraumática por abuso físico y sexual durante la niñez, abuso de sustancias e intentos suicidas; los hermanos varones a menudo presentan un trastorno de personalidad antisocial | Trastorno que suele resultar frustrante para pacientes y clínicos; sospecha leve de deficiencias neuropsicológicas |
| Trastorno dismórfico corporal | Creencia generalizada y a menudo crónica de que existe malformación de alguna parte del cuerpo | Depresión, distimia; posibles intentos suicidas | Muy relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo; tratamiento eficaz con antidepresivos ISRS, terapia cognoscitiva y de comportamiento |
| Trastorno somatiforme no diferenciado | Quejas físicas múltiples que no cumplen con los criterios para los trastornos mencionados anteriormente | Depresión, trastorno de personalidad *borderline* | Recientemente definido pero quizá sea aplicable a muchos pacientes que presentan quejas de salud persistentes |

bía con detalle en cada cita llenando de ira y frustración al médico gastroenterólogo asignado a su caso. Ella insistió en que en Europa le habían diagnosticado insuficiencia pancreática. El gastroenterólogo no logró convencerla de que *no* padecía insuficiencia pancreática a pesar de las pruebas que se efectuaron en la clínica y que en ningún momento indicaron algún tipo de problema gastrointestinal. Decidió recetar enzimas pancreáticas a la Srita. C, ya que son relativamente inocuas (aunque carecen de valor para el paciente que no presenta insuficiencia), "sólo para librarse de ella".

En vez de calmarse por esta acción, la Srita. C se puso furiosa y amenazó demandar a la clínica; si el médico consideraba que ella necesitaba enzimas por insuficiencia pancreática, ¿por qué no le había recetado este tratamiento dos años antes y por qué le había estado mintiendo todo este tiempo? La Srita. C procedió a escribir una carta prolongada y despreciativa acusando al gastroenterólogo y a la clínica de haberla tratado de manera incorrecta, haber mentido sobre su diagnóstico y no haber encontrado la causa de sus demás quejas físicas. En la figura 9-2 se muestra la ilustración de las quejas físicas de la Srita. C, elaborada por ella misma.

La Srita C se negó a ser referida a un psiquiatra gritando "¡y ahora intentan decirme que todo esto me lo imagino!" Después demandó que le recetaran Valium, "porque ustedes los médicos me provocan mucha tensión". Poco después, la Srita. C decidió cambiar de clínica,

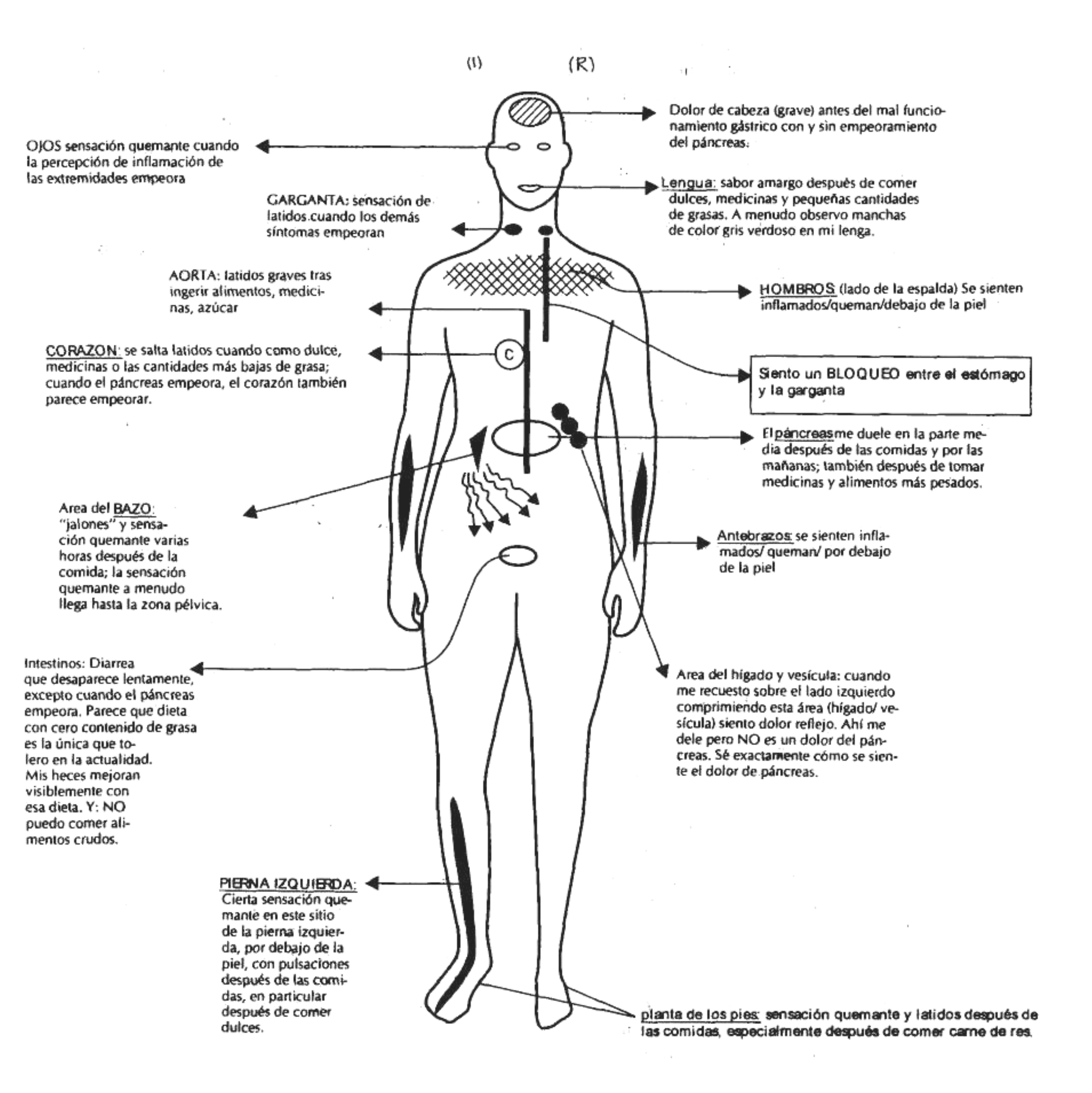



**Fig. 9-2.** Dibujo de sí misma de una paciente con trastorno de somatización. Esta paciente era una mujer de 32 años que realizó diversas visitas a la clínica de especialidades gastrointestinales. Solicitaba tratamiento por problemas de salud de tipo múltiple, como se indica en el dibujo, a pesar de la falta de evidencia de alguna causa física. Observe los errores gramaticales y de ortografía, y la orientación invertida del dibujo (de **derecha** a **izquierda).** Algunas personas con trastorno de somatización muestran evidencia de problemas para procesar información. Quienes sufren este trastorno también presentan elevada comorbilidad con trastorno de personalidad *borderline* y. trastorno de tensión postraumática a consecuencia de abuso físico y sexual durante la niñez.

lo cual dio gran alivio al gastroenterólogo y demás personal de la clínica.

**Diagnóstico.** Trastorno de somatización (eje I); considerar trastorno de personalidad *borderline* (eje II).

## SINDROME DISMORFICO CORPORAL

Las personas con **síndrome dismórfico corporal** están convencidas de que tienen alguna malformación en determinada parte de su anatomía. Esta afección

puede parecer ridícula o cómica a los observadores, pero quizá ocasione tensión incapacitante al paciente, y algunos de ellos se esfuerzan excesivamente para evitar los espejos o el contacto social o para conseguir una intervención quirúrgica. Quizá los factores culturales desempeñen un papel significativo, en particular en Estados Unidos, donde la apariencia juvenil se considera deseable. Los pacientes con este trastorno a menudo solicitan consultas con cirujanos plásticos, pero es poco probable que queden satisfechos con los resultados de la intervención (y a veces solicitan una segunda intervención y en ocasiones son sometidos a ella).

El síndrome dismórfico corporal parece compartir muchas características con el trastorno obsesivo-compulsivo. Muchas personas responden bien a los antidepresivos con actividad antiobsesiva específica (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina [ISRS] o la clomipramina). La terapia cognoscitiva, que ayuda a los pacientes a modificar sus pensamientos y comportamientos constituye otra modalidad de tratamiento útil.

Gilberto B, un hombre de raza blanca de 43 años, asistió al servicio de consulta psiquiátrica porque estaba convencido de que su nariz estaba desfigurada. Los cirujanos plásticos no detectaron ninguna anormalidad, pero les fue imposible convencer al Sr. B de que su nariz no tenía malformaciones. El Sr. B insistió y se sometió a una cirugía plástica; después tuvo éxito al solicitar una segunda operación porque estaba convencido de que su nariz seguía deformada. Desafortunadamente, tampoco le agradaron los resultados de la segunda intervención e inició un esfuerzo para conseguir una tercera. En este momento los cirujanos, que tenían sentimientos ambivalentes sobre realizar la segunda intervención quirúrgica, se dieron cuenta de que era muy poco probable que el Sr. B obtuviera beneficios de operaciones posteriores en la nariz y lo enviaron con el psiquiatra.

El Sr. B era un hombre pequeño y calvo que cooperó durante la evaluación psiquiátrica, pues pensó que quizá el psiquiatra abogara a su favor y lograra convencer a los cirujanos de que lo intervinieran por tercera vez. Era agradable, hablaba en tono bajo y educado, pero al describir su necesidad de otra intervención quirúrgica lo hizo con voz chillona. El Sr. B se sentía enojado con los cirujanos y el psiquiatra observó algunos síntomas de distimia y ansiedad, pero ninguna evidencia de trastorno de la personalidad o psicosis, y no detectó otros delirios con excepción de la preocupación del paciente con respecto a su nariz.

El psiquiatra consideró que el Sr. B se beneficiaría de recibir psicoterapia y lo presentó con un residente que sería su terapeuta. El Sr. B acordó de manera un poco reticente regresar dos semanas después para la cita, mientras tanto se enteró que los cirujanos habían rechazado enfáticamente su solicitud para una tercera intervención. Cuando se presentó el caso del Sr. B y se discutió en la clínica de pacientes externos varios días después, el personal de la clínica (y posteriormente los cirujanos) se unieron al psiquiatra para reírse de la preocupación del paciente con respecto a su nariz.

El Sr. B inició de manera reticente su tratamiento psicoterapéutico. En los siguientes meses, llegó a confiar en el residente de psiquiatría. Con pena y vergüenza, reveló hasta qué grado sus síntomas lo consumían durante las horas de vigilia. Explicó que se había sentido tan desesperado y disgustado con su apariencia física a los 20 años de edad que realizó diversos intentos de suicidio sin éxito, tomando sobredosis de píldoras, pero agregó que no había recibido atención médica después de estos intentos.

Dada la gravedad y duración de los síntomas del Sr. B, el psiquiatra residente indicó la conveniencia de efectuar una prueba con medicamentos antidepresivos. El Sr. B estuvo de acuerdo, aunque con cierto temor, pero experimentó notable alivio de sus síntomas de depresión un mes después de haber iniciado el tratamiento con fluoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina. También se sorprendió de observar que su preocupación sobre su apariencia disminuía; dedicó menos tiempo a mirarse al espejo y Se sentía mucho menos incómodo por su apariencia. El Sr. B fue referido a psicoterapia de grupo, en donde exploró sus relaciones con otras personas. En la visita de seguimiento, un año después expresó sólo leves preocupaciones sobre su cara y había comenzado a salir con alguien.

**Diagnóstico.** Síndrome dismórfico corporal, distimia (eje I).

**Discusión.** El caso del Sr. B ilustra el grado de afección significativa que se vincula con los trastornos somatiformes. Las reacciones emotivas quizá ocasionen que los médicos no aprecien correctamente el sufrimiento emotivo del paciente. Esto no está bien, ya que tratar estos trastornos con frecuencia ayuda al paciente a sentirse mejor, en particular en el síndrome de dismorfia corporal. Como en el caso del trastorno de pánico, los estudios más recientes permiten reconocer mayor inclinación al suicidio en las personas con trastorno dismórfico corporal y otros trastornos somatiformes.

Parece ser que el síndrome de dismorfia corporal se encuentra, muy relacionado con el trastorno obsesivo-compulsivo y se cree que tiene origen biológico y psicológico. No obstante las actitud y la sociedad hacia la estética de la apariencia influye de manera considerable en el estándar individual y el síndrome de dismorfia corporal quizá represente una forma externa de narcisismo sancionado culturalmente. Los medios de comunicación transmiten imágenes de computadora de atractivos modelos, bombardeando a hombres y mujeres una y otra vez con mensajes sobre lo deseable de la juventud y la belleza. La cirugía plástica (actualmente disponible con planes de pagos a plazo) permite que el cambio de la propia apariencia física sea accesible a un número mayor de personas. Hay una diferencia considerable entre modificar la propia apariencia por decisión propia y el hecho de solicitar una y otra vez modificación quirúrgica de alguna parte del cuerpo por obsesiones y compulsiones, y existe todo un espectro de comportamientos entre estos extremos.

## TRASTORNOS SOMATIFORMES NO DIFERENCIADOS

El trastorno somatiforme no diferenciado es la última categoría agregada a los trastornos somatiformes. El diagnóstico se aplica a pacientes con quejas somáticas múltiples, pero que no cumplen con todos los criterios de trastorno de somatización; quizá sea muy común. Tal vez esta nueva categoría diagnóstica sea aplicable a pacientes con una forma más leve de trastorno de somatización y las implicaciones para la causas y el tratamiento parecen similares.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Las personas que se quejan de síntomas somáticos siempre deben ser evaluados en primer lugar para detectar la presencia de enfermedades físicas. Inclusive cuando se descarte la posibilidad de enfermedad física, es necesario revalorar regularmente la posibilidad de que exista algún trastorno médico subyacente.

Después, dichos pacientes deben ser sometidos a detección de trastornos psiquiátricos graves. La depresión grave se acompaña de quejas somáticas de tipo ambiguo y múltiple o con ilusiones somáticas en depresión grave con rasgos psicóticos. Los sujetos que presentan dependencia o abuso de alcohol o drogas, quizá también realicen frecuentes visitas a los médicos a consecuencia de quejas físicas ambiguas. Se debe preguntar a todos los pacientes de manera rutinaria sobre el uso de sustancias. Los estados de ansiedad como el trastorno de pánico, la fobia social y el trastorno de tensión postraumática (TTPT) también pueden relacionarse con síntomas somáticos. Las personas con esquizofrenia quizá se convenzan de que algún aspecto físico de su cuerpo no funciona bien. Los sujetos con antecedentes de abuso sexual durante la niñez o trastornos de personalidad suelen presentar quejas, físicas múltiples.

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS SOMATIFORMES

El tratamiento de los trastorno somatiformes sigue siendo un reto para los médicos. El tratamiento del síndrome dismórfico corporal quizá sea el que sea el más fácil de establecer, ya que las personas que padecen este trastorno suelen estar más dispuestas a aceptar la referencia a los servicios psiquiátricos y es más probable que respondan a los agentes antiobsesivos como ISRS y la terapia cognoscitiva y de comportamiento. La hipocondriasis puede tratarse de manera similar.

Es probable que las personas que padezcan otro tipo de trastornos somatiformes se nieguen a ser enviados a los servicios psiquiátricos, ya que creen que esta referencia constituye una invalidación de su enfermedad. Los medicamentos antidepresivos o contra, la ansiedad y la terapia son sumamente útiles cuando se diagnostica simultánea distimia, depresión o trastornos de ansiedad.

Lo que parece ser de más ayuda para las personas con trastornos somatiformes es que establezcan una relación continua con algún médico amable y que empatice con ellos. Es recomendable programar citas regulares para evitar las "recompensas" de comportamiento de mayor contacto con los médicos a consecuencia de otras quejas físicas. De manera simultánea, el médico debe fijar límites realistas para los cuidados médicos y evitar efectuar pruebas y exámenes de tipo extremo o excesivo, como también pasar por alto cualquier queja física sin investigarla.

Las personas con trastornos somatiformes en ocasiones presentan alguna afección física no diagnosticada o se enferman de otras cosas. Los médicos deben ser capaces de controlar la frustración e ira del paciente que a menudo se expresa en contra del sistema de cuidados de la salud o en contra de su médico. La persona que padece trastorno somatiforme tiene probabilidades de presentar además trastorno de personalidad *bórdenme* o rasgos de la misma y suele ser particularmente difícil de tratar sin ceder a sentimientos recíprocos de ira y hostilidad.

Con frecuencia quienes padecen trastorno somatiforme andan en busca de una conexión significativa con otras personas. Suelen sentirse rechazados, incomprendidos y enajenados de otros. La psicoterapia de grupo suele ofrecer alivio de algunos de estos sentimientos, en particular cuando se permite que dichos pacientes se ayuden mutuamente expresando y validando sus frustraciones. Los terapeutas de grupo

también pueden guiar a los paciente mediante un método cognoscitivo y de comportamiento, ayudándolos a comprender la conexión entre sus emociones, pensamientos y síntomas físicos y su interacción con los proveedores de cuidados de salud.

## OTRO COMPORTAMIENTO ANORMAL DE ENFERMEDAD

Los pacientes con trastornos somatiformes no están conscientes de que ellos mismos producen sus síntomas ni conocen las metas de su comportamiento. También son posibles otras presentaciones de quejas físicas que no se basen en enfermedad médica real. El fingimiento ocurre cuando el paciente finge estar enfermo por objetivos conscientes (y a menudo delictivos) como obtener dinero o medicamentos adictivos. Los trastornos facticios son perturbaciones psiquiátricas comunes en las cuales los pacientes están conscientes de que se encuentran reportando síntomas físicos falsos, pero aparentemente su única meta es llegar a ser un paciente en un medio clínico. Ambos síndromes son de importancia clínica. El fingimiento es común en muchos medios clínicos y se incluye en el diagnóstico diferencial de muchos otros trastornos. Se cree que los trastornos facticios son relativamente poco frecuentes, pero conllevan una tasa más alta de morbilidad y mortalidad, ya sea debido a los trastornos en sí, a la depresión coexistente o a los trastornos de personalidad.

### FINGIMIENTO

En el **fingimiento** o enfermedad fingida, el paciente produce conscientemente síntomas con metas evidentes como recompensas financieras o para obtener narcóticos. El fingimiento a menudo es parte del trastorno de personalidad antisocial y puede ser difícil de diagnosticar. Las fuentes adicionales de información como reportes policiacos y expedientes médicos de otros hospitales suelen ser de ayuda.

Dionisio N, un hombre de raza blanca de 35 años, se presentó a la sala de urgencias con queja de padecer SIDA y diciendo que necesitaba AZT y "suficiente codeína" para el dolor. Dijo que había recibido tratamiento en una clínica de la ciudad de Nueva York donde se le diagnosticó su dolor y donde rutinariamente se le proporcionaron sus medicamentos. Relató que había llegado a la ciudad pocas semanas antes y cuando se le preguntó si traía consigo su expediente se enojó y dijo al residente que lo estaba examinando "¡no se moleste en hacer llamadas; la clínica se incendió, así que tendrá que creerme!"

El Sr. N insistió en que no recordaba el nombre de ninguno de sus médicos o enfermeras en Nueva York. Una y otra vez se negó a someterse a un examen físico y se mostró enojado e incómodo cuando le indicaron que no cubrirían su solicitud de codeína, a menos que estuviera de acuerdo en someterse a un examen físico y pruebas de laboratorio. "En la clínica de Nueva York me daban mis medicamentos en la sala de urgencias y me dijeron que ya me había sometido a suficientes pruebas sanguíneas. " Tras solicitar varias veces más la codeína de manera insistente, se retiró hecho una furia, negándose a recibir tratamiento en la clínica de pacientes externos con SIDA. Dijo que se dirigía a "la oficina de prensa más cercana para quejarse sobre la manera en que trataban a los pacientes de SIDA en esta ciudad".

Otro residente había asistido a la escuela de medicina de la ciudad de Nueva York y estaba familiarizado con el sistema de cuidados de salud pública ahí. Se puso en contacto con un ex compañero en una sala de urgencias de la ciudad de Nueva York y así se enteró que el nombre del paciente se encontraba en una lista de personas buscados por efectuar solicitudes similares de medicamentos y albergue gratuito en diversas salas de urgencia en toda la ciudad. Su prueba de HIV fue negativa, por lo menos en una ocasión. Además, la policía lo conocía bien y tenía largos antecedentes de robo doméstico y asalto relacionados con abuso de opiáceos desde los 14 años. Tenía antecedentes de robar medicamentos de farmacias de los hospitales y mentir al personal médico y amenazarlo con violencia si no cubría su solicitud de medicamentos para el dolor. Su diagnóstico, no del todo certero, era trastorno de personalidad antisocial.

**Diagnóstico.** Dependencia y abuso de opiáceos (eje I); probable trastorno de personalidad antisocial (eje II); fingimiento (código V).

### TRATAMIENTO DEL FINGIMIENTO

El tratamiento del fingimiento es un tema de controversias continuas. Cuando se determina que el paciente está fingiendo la enfermedad, debe informársele que no recibirá tratamiento para la enfermedad y la causa. Como el fingimiento a menudo se vincula con trastorno de personalidad antisocial, es recomendable que estos pacientes sean confrontados por dos o más miembros del personal en caso de que actúen de manera hostil y amenazadora. Algunos clínicos consideran que el fingimiento es un comportamiento delic-

tivo, y creen que estos pacientes deben ser excluidos del tratamiento y que la relación entre el médico y el paciente es violada por su comportamiento. Argumentan además que el comportamiento delictivo debe reportarse a las compañías aseguradoras, a la policía o a alguna otra autoridad. La decisión de preservar o romper la confidencialidad entre el paciente y el médico (como circular una advertencia sobre el paciente a otros hospitales y clínicas) depende del criterio del médico y debe aplicarse de manera individual a cada caso.

## TRASTORNOS FACTICIOS

Los pacientes que padecen **trastornos facticios** producen de manera consciente síntomas físicos o psiquiátricos, aunque no están conscientes del motivo por el cual lo hacen. Estas personas suelen presentarse en diversas clínicas y hospitales dando con frecuencia falsos antecedentes con el fin de obtener tratamiento. En este caso, el objetivo del comportamiento es poco claro; la única meta parece ser el hecho de transformarse en un paciente dentro del medio clínico. Algunos médicos han observado que estos pacientes han tenido contacto previo con el sistema de cuidados de salud en su niñez, inclusive algunos han trabajado como profesionales de la salud.

El **síndrome** de **Munchausen** es un trastorno facticio en el cual el paciente presenta síntomas físicos. (El Barón von Munchausen fue un conocido mentiroso patológico que viajaba de una a otra taberna relatando cuentos de sus supuestos logros en la guerra. Tenía la reputación de cambiarse a una nueva taberna cuando era confrontado por la falsedad de sus anécdotas.) Como muchos pacientes realmente se enferman de gravedad o inclusive mueren a consecuencia de sus acciones (o por complicaciones de la cirugía repetida) se considera que este trastorno es peligroso. Otros pacientes presentan supuestos síntomas psiquiátricos, que semejan a los síntomas de depresión o ansiedad. Los pacientes con trastorno facticio suelen trasladarse a nuevas áreas geográficas cuando se les confronta con la naturaleza de su problema, de modo que han sido poco estudiados. Este trastorno puede complicarse por abuso de sustancias, trastorno de personalidad *borderline* y comportamiento autodestructivo.

Jorge S, un hombre de 47 años, se presentó en la sala de urgencias diciendo que le habían diagnosticado cáncer del colon y que sólo le quedaban seis meses de vida. Tenía apariencia delgada y deprimida y presentaba varias cicatrices en el abdomen, parcialmente congruentes con la intervención quirúrgica gastrointestinal que describió. Había asistido a muchas de las salas de urgencia de la ciudad donde vivía, solicitando pruebas de laboratorio y quimioterapia para el cáncer. Sin embargo, como muchos detalles de su relato eran incongruentes, el personal de la sala de urgencias se puso en contacto con algunos de los centros médicos donde decía haber recibido tratamiento en el pasado.

El "recorrido hospitalario" del Sr. S fue trazado hasta Arizona, en donde los expedientes indicaron que había recibido tratamiento por una cuchillada en el abdomen que él mismo se había infligido varios años antes. Desde entonces había acudido a docenas o tal vez cientos de salas de urgencias en todo el país. Todas las visitas eran similares y no se sabía que el paciente hubiera solicitado pago de incapacidad o medicamentos para el dolor, de modo que su comportamiento no obtenía ganancias secundarias evidentes. Su principal queja siempre era cáncer del colon y con frecuencia solicitaba una intervención quirúrgica "para ver que más se puede hacer".

**Diagnóstico.** Trastorno facticio con síntomas físicos (síndrome de Munchausen) (eje I); historia de laparotomía por lesión abdominal autoinflingida con arma punzante (eje III).

El **Munchausen por proximidad** es un tipo de trastorno facticio que se observa en los niños. En este síndrome, uno o ambos de los progenitores producen síntomas en sus hijos en vez de hacerlo en ellos mismos; la inducción de convulsiones, fiebre o hipoglucemia es frecuente. Un estudio reciente con cámaras de video oculta reveló que los padres impedían que sus hijos hospitalizados respiraran para simular episodios de apnea igual que la versión de la enfermedad en adultos, el o los progenitores están conscientes de que están ocasionando síntomas en sus hijos, pero no saben por qué lo hacen. Igual que en los adultos, existe un riesgo significativo de morbilidad o muerte.

Clotilde D, una enfermera divorciada de 40 años, llevó a su hija de tres años a la sala de urgencias médicas para tratamiento por episodios repetidos de hipoglucemia. En dos episodios la hipoglucemia le había producido convulsiones que también necesitaron tratamiento. El comportamiento de la Sra. D siempre era descortés e iracundo inicialmente frente al equipo médico, pero después se comportaba de manera excesivamente amistosa y solícita llenándolos de regalos y alabando sus capacidades diagnósticas, aunque no habían logrado establecer la causa de los episodios de la hipoglucemia. Pedía

a los doctores "salven a mi bebé, ella es todo lo que tengo" y también aludía a la muerte de un hijo mayor varios años antes.

Cierto día una enfermera vio que la Sra. D inyectaba algo en la venoclisis de su hija. Posteriormente, al analizar la jeringa se confirmó que la Sra. D le estaba inyectando a su hija insulina. Las pruebas de laboratorio realizadas en las muestras de sangre de su difunto hijo revelaron la presencia de insulina sintética. La Sra. D fue arrestada por sospecha de abuso infantil, por poner en peligro la vida de su hija y por asesinato de su primer hijo. Su hija fue colocada con padres adoptivos por los servicios de protección infantil.

Durante el juicio, la Sra. D admitió haber inyectado insulina a ambos niños, la cual robaba del hospital donde trabajaba. Pero defendió sus actos diciendo que ambos hijos tenían enfermedades que los médicos no lograban diagnosticar y que ella sólo había inducido la hipoglucemia como un esfuerzo para lograr que los médicos tomaran sus problemas en serio. Su abogado defensor intentó tener el fallo de "no culpable por motivo de locura", pero no lo logró. La Sra. D fue sentenciada por todos los cargos y enviada a la cárcel.

**Diagnóstico.** Niño: ninguno. Madre: probable trastorno de personalidad *borderline* (eje II); trastorno facticio con síntomas físicos (Munchausen por proximidad) (eje I).

## TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS FACTICIOS

El tratamiento de los trastorno facticios a menudo incluye confrontar al paciente con las sospechas del médico. Se puede arreglar una junta de explicación entre el paciente y el equipo de cuidados de salud. Esta junta también desalienta al paciente de sus intentos de poner a los miembros del equipo de cuidados de la salud uno contra otro, haciéndolo ver que el equipo se encuentra unido por lo que respecta a su comunicación y plan de tratamiento.

Roberto F, un divorciado de 46 años, con prolongados antecedentes de pancreatitis intermitente, fue ingresado al servicio de medicina. Su última recidiva parecía relacionada con su continua dependencia del alcohol. La pancreatitis del Sr. F había seguido un curso complicado, incluyendo fiebres de origen desconocido e infección en torno al sitio de canalización intravenosa. Pronto se hizo odiar por todo el personal médico. Era grosero, hostil, demandante y despreciativo. El personal de enfermería tuvo que emplear personal auxiliar para atender al Sr. F porque la mayoría del personal existente estaba "harto de su comportamiento abusivo". De manera simultánea, varias enfermeras lo defendían, diciendo que era "dulce" e "incomprendido".

Por último se determinó lo que ocasionaba las fiebres del Sr. F. Se le atrapó mientras modificaba las temperaturas en el expediente de enfermería. A pesar de que lo observaron modificar los números con lápiz y goma, se negó a reconocerlo. Mientras tanto, todos los sitios en que se le había tomado sangre para cultivo se infectaron. El examen del pus de cada sitio reveló la presencia de bacterias enterocócicas que comúnmente se encuentra en las heces humanas. Aparentemente, el Sr. F se había inoculado a sí mismo una y otra vez con material fecal.

Se solicitó una consulta psiquiatra. El Sr. F inicialmente mantuvo una actitud reservada y hostil, pero más adelante se hizo más amistoso y esperaba que el psiquiatra pudiera ayudarlo a "conseguir mejor atención" ya que percibía que el personal del hospital lo trataba "como un delincuente".

Los antecedentes detallados revelaron que el Sr. F había sido ignorado por su madre y que su padre, un cirujano, lo había sometido a abuso físico y emotivo. Cuando tenía 11 años, el Sr. F comenzó a quejarse de dolor al orinar. Su padre se negó a llevarlo al pediatra insistiendo en que sus síntomas eran imaginarios. Sus progenitores se fueron de vacaciones a Florida por varias semanas y lo dejaron a él y a su hermana con una cuidadora. Cierta mañana mientras sus padres estaban de vacaciones, él observó que orinaba sangre. Fue hospitalizado por varias semanas en una unidad pediátrica por una infección grave de vías urinarias. Su padre habló con el pediatra a cargo, pero no regresó de sus vacaciones. El Sr. F consideró esa estancia hospitalaria como "la etapa más feliz de su niñez" y recordaba los amorosos cuidados "de los médicos y enfermeras" con anhelo y agrado.

El psiquiatra convocó a una junta de todo el equipo de tratamiento: enfermeras, médicos y especialistas. Les permitió expresar su ira (y su temor) con respecto a la afección médica y psiquiátrica del paciente. Después los llevó a todos a la habitación de éste, habiéndolo preparado de antemano para la junta. El psiquiatra explicó nuevamente que el equipo médico estaba ahí para mejorar su comunicación con el paciente. Transmitió al Sr. F la preocupación del

equipo con respecto a su curso declinante en el hospital y también mencionó que se había determinado que inoculaba sus heridas con contaminantes fecales.

El Sr. F se indignó y dijo "¡eso no puede ser posible!, quizá se deba a que alguno de los excusados de este sitio están defectuosos". El psiquiatra explicó que la causa de la infección no importaba, lo que era significativo era que ya contaban con un diagnóstico definitivo (pancreatitis e infección cutánea) y un plan definido (hidratación y antibióticos). El equipo médico confiaba en el plan de tratamiento y esperaba que el paciente estuviese listo para ser dado de alta en cinco días. Si él continuaba experimentando complicaciones inesperadas, el personal tendría que asumir que el problema emotivo impedía la recuperación y se procedería a efectuar una hospitalización psiquiátrica. El Sr. F puso cara de piedra y rechazó este plan. También se negó a tener contacto posterior con el psiquiatra y se portó sombrío y contrito con el equipo médico. Sin embargo, sus infecciones desaparecieron con prontitud y salió del hospital en contra de la opinión médica, un día antes de su alta programada.

## SOMATIZACION EN GRUPOS

La medicina tiende a enfocarse en individuos, pero es posible que se manifiesten los mismos mecanismos psicológicos en situaciones de grupo. De hecho, en ciertos casos, un grupo de personas "comparten" algún trastorno dé conversión. Berton Reouche reportó el siguiente caso de somatización grupal en un campo universitario:

Los Centros para Control de Enfermedades en Estados Unidos (CDC, *US Centén for Disease Control)* pidieron la colaboración del servicio de consultas de enfermedades infecciosas de un centro médico universitario para evaluar una epidemia en un campus cercano. Cientos de personas estaban en el comedor tomando sus alimentos, cuando un estudiante se desmayó. Fue reanimado con rapidez y llevado a la clínica de salud. Se produjo considerable intranquilidad entre los demás estudiantes y se comenzaron a circular rumores de que "había fugas de gas venenoso" del centro de química hacia el comedor. Muchos estudiantes observaron un olor extraño en la atmósfera, y otro de ellos se desmayó. Veinte minutos después, docenas de estudiantes se quejaban de falta de aliento, náusea, palpitaciones y sensación de cosquilleo en las manos. Una hora después del primer desmayo, casi 200 estudiantes yacían postrados en el piso del comedor o en las bancas de la plaza que se encontraba afuera de él. El campus se encontraba en un estado casi cercano al pandemonio, y los estudiantes y miembros del personal demandaban que se tomara alguna acción y el equipo de noticias de la localidad llegó para entrevistar a los estudiantes acerca de una supuesta fuga tóxica.

Sin embargo, la evaluación realizada por el servicio de salud estudiantil y los especialistas en enfermedades infecciosas del centro médico y los CDC arrojó resultados intrigantes. Las personas examinadas presentaban pocos síntomas físicos con excepción de ansiedad, y los casos aparentemente no seguían ningún patrón relacionado con el sitio en que los estudiantes habían estado sentados en el comedor, ni con los alimentos que habían consumido. El olor resultó ser el olor natural de los contenedores Sterno, que se emplean para mantener los alimentos calientes. Las pruebas y antecedentes del primer estudiante que se desmayó fueron congruentes con un leve caso de gripe empeorado por deshidratación por haber jugado baloncesto esa mañana. Aparentemente, su desmayo había desencadenado un trastorno somatiforme masivo. Cuando el médico consultor anunció los datos obtenidos en la investigación en una junta del campus, los estudiantes comenzaron a gritarle "¡está encubriendo la realidad!" y "¡deseamos que se nos dé una respuesta de inmediato!" Poco después, los estudiantes comenzaron a recuperarse, las multitudes y los medios de comunicación se desbandaron y al día siguiente el campus se encontraba nuevamente en calma.

**Diagnóstico.** Trastorno somatiforme no especificado de otra manera (eje I).

La investigación y la publicidad sobre la "contaminación ambiental en el interior de edificios" ha conducido a considerar el **síndrome de enfermedad de edificio,** afección en la cual los trabajadores de un mismo edificio desarrollan los mismos síntomas. Siempre que existe algún brote de enfermedad, es necesario tener en cuenta la posibilidad de trastorno de conversión de grupo, pero como ocurre con cualquier otro trastorno, es necesario eliminar en primer lugar las causas físicas. Estas pueden incluir diversas afecciones y agentes tóxicos que tienden a alcanzar concentraciones más altas en los edificios más nuevos, en los que se emplean los materiales aislantes más novedosos que mantienen aire y calor en el interior.

## AREAS DE CONTROVERSIA

La diferencia entre las enfermedades físicas y los síntomas producidos por causas psicógenas se basa en los conocimientos científicos disponibles y en las pruebas de laboratorio. Sin embargo, estos conocimientos aún no son completos, y la historia de la medicina se encuentra llena de teorías que adscriben de manera errónea diversas afecciones a causas físicas. El síndrome de fatiga crónica, las enfermedades ambientales, el síndrome de la enfermedad de edificio, y el síndrome de la Guerra del Golfo son en la actualidad tema de intensas controversias y escrutinio.

Los pacientes que dicen padecer **síndrome de fatiga crónica (SFC)** insisten en que su enfermedad tiene alguna causa física, como algún virus y que se encuentran deprimidos a consecuencia de una causa médica y además porque la comunidad de médicos no toman en cuenta su situación. Los críticos observan que los síntomas de SFC incluyen depresión, fatiga, anhedonia (falta de interés en las actividades normales) y disminución del impulso sexual, superpuestos a síntomas de depresión. Estos críticos mencionan estudios que no han logrado demostrar una causas física y que indican tasas más altas de trastornos psiquiátricos en personas con síndrome de fatiga crónica antes y después de la morbilidad. El hecho de que el virus crónico de Epstein-Barr y otros puedan causar este tipo de síndromes y, de hecho los produzcan, complica aún más la posibilidad de un diagnóstico firme en muchos casos.

Ángel S, de 55 años, ingresó al hospital para someterse a un protocolo de pruebas de investigación con duración de dos semanas, con el fin de determinar los efectos de la dieta alta y baja en calorías sobre diversos parámetros físicos. El Sr. S reveló que se había inscrito en el estudio porque había leído que algunas personas con síndrome de fatiga crónica se benefician de consumir dietas de bajo contenido calórico. Había estado bajo tratamiento por sífilis cinco años antes. En una punción lumbar se le detectó la presencia de *Treponema pallidum* en su líquido cefalorraquídeo, lo que confirmó el diagnóstico de neurosífilis.

El Sr. S respondió bien a la terapia con antibióticos intravenosos pero las pruebas neuropsicológicas indicaron una deficiencia cognoscitiva fija, aunque leve, en la memoria, concentración y destrezas visuoespaciales. El cociente intelectual (IQ) total del Sr. F permaneció alto, en el rango de 150 puntos. También desarrolló depresión que no desapareció con el tratamiento para neurosífilis. Se convenció de que los doctores estaban equivocados o de que le estaban dando el diagnóstico erróneo a propósito. Desarrolló una convicción rotunda de que sufría síndrome de fatiga crónica y pensó que ésta era la causa de sus problemas cognoscitivos y múltiples quejas físicas de tipo ambiguo en casi todos los aparatos y sistemas.

El Sr. S se negó a tomar antidepresivos, aunque una breve prueba realizada varios años antes había aliviado alguno de sus síntomas, pues consideró que "constituye tan sólo otro método médico para invalidar esta enfermedad; por supuesto que quedaré menos deprimido, pero sólo sería tapar los daños que los síndromes de fatiga crónica me están causando". El Sr. S estaba tan convencido de que su estado de salud empeoraba, que se puso en contacto con el Dr. Jack Kevorkian para explorar la posibilidad de suicidio con ayuda, aunque aparentemente el médico se negó a ello. Cualquier discusión racional con el Sr. S desembocaba con rapidez en cuestionamientos sobre su diagnóstico. Terminó el estudio y se negó a cualquier tipo de seguimiento psiquiátrico diciendo "le daré otro año a la enfermedad, pero si no puedo encontrar una cura, tendré que pensar en cómo poner fin a mi vida".

Existe una controversia semejante en torno a la **enfermedad ambiental (EA),** un trastorno que según las personas se trata de una reacción alérgica a los productos químicos del siglo xx. Estas personas presentan diversos síntomas que incluyen fatiga, cefalea y parálisis intermitente, e insisten en que sus síntomas se encuentran muy relacionados con la exposición a toxinas en el entorno, en el hogar y en el sitio de trabajo. Muchos se cambian a zonas rurales, usan ropa hecha de fibras naturales exclusivamente y viven en hogares tan libres de los productos químicos modernos como sea posible. Los críticos sospechan que estos pacientes en realidad sufren de depresión grave o trastorno de somatización y citan argumentos similares a los que se emplean para criticar el síndrome de fatiga crónica.

La adición más reciente a la lista de trastornos que carecen de causas clínicas comprobadas y cuentan con evidencia conflictiva con respecto a su base fisiológica o física es el llamado **"síndrome de la Guerra del Golfo".** Este término se ha aplicado a los veteranos de la Guerra del Golfo de 1991 que presentan un síndrome ambiguo de manifestaciones físicas múltiples, además de síntomas neuropsiquiátricos de depresión y disfunción cognoscitiva. En estudios anteriores, no se encontró evidencia de que existiera un problema de tipo físico y el Departamento de Defensa de los

Estados Unidos negó reportes de que los soldados habían estado expuestos a armas químicas o biológicas, según porfiaban algunos de ellos. Informes recientes han contradicho esta conclusión. Ahora se cree que por lo menos 100 000 soldados estadounidenses y sus aliados estuvieron expuestos a bajos niveles de gas nervioso, que era incinerado. Los investigadores también están considerando si las inmunizaciones que los soldados recibieron, pueden haberles producido estas quejas de salud, en particular dada la naturaleza experimental de algunas de las vacunas. La incertidumbre continúa con respecto a los problemas de los soldados, a pesar de que se han dedicado años de investigación a esta entidad clínica.

¿Cómo debe tratar el médico al paciente cuando no tiene la certidumbre de si sus síntomas son de naturaleza física o psicológica? En primer lugar se recomienda un método sin prejuicios; a menudo los médicos adoptan posturas defensivas de dogmatismo infundado frente a lo desconocido, insistiendo de manera exclusiva, ya sea en la causas médica o psiquiátrica. También es de valor que el paciente observe que su médico no tiene prejuicios. Si es posible diagnosticarle trastorno de depresión o de ansiedad, conviene alentarlo a buscar tratamiento, pero igual que en los trastornos somatiformes, los diagnósticos psiquiátricos y el tratamiento no deben administrarse pensando que "todos los síntomas son imaginarios". Más bien se le puede decir lo siguiente con honestidad: "no estamos seguros de la naturaleza de su enfermedad, aunque sabemos que toda enfermedad tiene un aspecto psicológico que incluye la tensión de adaptarse a lo desconocido. Además, sabemos que la tensión, la ansiedad y la depresión, ocasionan que los pacientes sean menos capaces de adaptarse con buen éxito a los retos que afrontan y quizá afecten también el funcionamiento inmunitario del organismo. Intentaremos trabajar teniendo en cuenta ambos aspectos del problema, sin quedar atrapados en la lucha de intentar clasificar su enfermedad dentro de una categoría fija".

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los pacientes que presentan quejas somáticas que carecen de causa física discernible con frecuencia engendran reacciones muy fuertes en los médicos. Estas suelen incluir incredulidad, distanciamiento emotivo y a menudo ira basada en el concepto de que estos pacientes intentan de algún modo aprovecharse de los médicos y del sistema de cuidados para la salud. J. Burack sugirió que la ira del médico contra el paciente que presenta un trastorno somatiforme quizá se derive de la propia frustración que experimenta para diferenciar entre los procesos de enfermedad psicológica y física. Las emociones también pueden ocasionar que proporcionen cuidados excesivos al paciente e intenten llevar a cabo un "rescate" médico y emotivo. Sin embargo, es más común que los médicos observen que cuando dan tratamiento a pacientes con trastornos somatiformes, sus propias reacciones emotivas los afectan.

Un paciente de 25 años ingresó al servicio de neurología con incontinencia urinaria y posible trastorno convulsivo. Se descartó el trastorno convulsivo mediante una serie de tres EEG negativos. El sujeto continuó experimentando incontinencia urinaria sin causa física detectable lo que dejó consternado al equipo médico.

El especialista psiquiátrico se sorprendió de que al paciente le hubieran dado el equivalente de pañales de adulto para usar en el hospital y no le hubieran ofrecido un catéter urinario. El equipo de neurología respondió que no quería "alentar" los síntomas del paciente. Entonces el psiquiatra les señaló que habían incluido un medicamento diurético en las órdenes médicas diarias del paciente sin anotarlo en el expediente (y sin basarse en ningún motivo lógico). El residente de neurología respondió azorado, "supongo que fue un error" y tachó la orden.

Discusión. Aunque en ocasiones se incurre en errores al suministrar cuidados médicos, recetar un diurético a una persona con incontinencia urinaria parece algo demasiado evidente como para constituir un accidente. Este caso ilustra que los médicos (en particular los residentes y estudiantes de medicina cansados de manera excesiva y con sobrecarga de trabajo) quizá se encuentren expuestos a reacciones inconscientes hacia casos frustrantes. En este caso, la frustración no reconocida del equipo de tratamiento, la ira y la hostilidad, condujeron a un acto punitivo "inconsciente" en contra del paciente.

El reto de apreciar las experiencias subjetivas de las personas que padecen trastornos somatiformes y facticios constituyen en cierto sentido una clave para descifrar lo que hay entre mente y cuerpo. A menudo es tentador pasar por alto las quejas somáticas de los pacientes diciendo que son poco reales y abrumadoras, pero los médicos empáticos y emotivamente estables, pueden utilizar estos síntomas físicos junto con sus propias respuestas emotivas para construir un "vocabulario" con el fin de ayudar a las personas a trasladar sus quejas físicas a un lenguaje más accesible para describir y tratar el sufrimiento emotivo.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

En los casos arriba mencionados, se tocan diversos aspectos legales que suelen ocurrir con frecuencia al cuidar de personas con trastornos somatiformes. El acceso a la información y a la historia clínica previa de un paciente es de suma ayuda, pero en algunos casos los médicos de diversos hospitales y clínicas intercambian información confidencial sobre pacientes problemáticos aun en ausencia de formas firmadas de autorización por parte de los pacientes. Sin embargo, cuando los médicos sospechan algún trastorno facticio en el que un niño resulte afectado (Munchausen por proximidad) la ley los obliga a infringir la confidencialidad y ponerse en contacto con los servicios de protección infantil.

El tratamiento de trastornos somatiformes también da lugar a aspectos éticos. Muchos sujetos que padecen este tipo de trastorno son sumamente sugestionables. En algunos casos, los pacientes con trastorno de conversión reciben como tratamiento inyecciones o píldoras de placebo, junto con la sugerencia de que pronto se sentirán mejor. Este método de tratamiento viola el principio del consentimiento informado, porque el médico restaría eficacia al mismo en caso de revelar dicha información al paciente.

Teresa W, una mujer de 46 años con nivel de inteligencia bajo de tipo normal, se presentó a la sala de urgencias médicas tras perder la vista. Había llegado a casa procedente del trabajo a temprana hora y encontró a su esposo en la cama con una vecina. Corrió a casa de una amiga en estado sumamente agitado y diciendo que se "había quedado ciega". La amiga de la Sra. W la llevó a la sala de urgencias, en donde el personal médico observó que podía anticipar los obstáculos en su camino como sillas y bancas, puesto que caminaba en torno a ellos, y en determinado momento tomó un cepillo para peinarse el cabello sin titubear. Su examen físico fue totalmente normal incluyendo pupilas reactivas a la luz y cambios en la distancia. La amiga explicó al residente de la sala de urgencias que la Sra. W solía alterarse con suma facilidad y presentaba quejas físicas cuando tenía algún problema emotivo. El padre de la Sra. W murió cuando ella era pequeña; a los 13 años, su madre falleció por complicaciones de tipo diabético que incluyeron insuficiencia renal y ceguera.

Se administró una inyección de solución salina a la Sra. W en la sala de urgencias y se le dio la sugerencia de que esa "inyección especial" la curaría. Treinta minutos después ella dijo "¡ya puedo ver de nuevo!, ¡la inyección funcionó!" El equipo médico no intentó explicarle que había presentado un episodio de ceguera histérica sin causa fisiológica ni que la cura que se administró fue un placebo.

**Diagnóstico.** Trastorno de conversión (eje I).

El caso anterior ilustra la dificultad que surge al tratar a un paciente que no está completamente consciente de la naturaleza de su enfermedad médica. Quizá sea difícil para el profesional de la salud decidir qué grado de honestidad debe mantener si sabe que las quejas físicas del paciente tienen base psicógena. De algún modo, el profesional debe asegurarse de que el paciente reciba los mejores cuidados y el menor daño posible por someterlo a procedimientos y prescripciones innecesarias. Quizá sea difícil cumplir con el requerimiento de consentimiento informado y respetar su autonomía. ¿Es conveniente informar al paciente de su diagnóstico psiquiátrico cuando los síntomas han desaparecido? No existe consenso general con respecto a si el engaño (o decir alguna "parte de la verdad") está justificado cuando el médico tiene presente los mejores intereses del paciente y ni si el "fin" justifica los "medios" al proporcionar alivio de síntomas físicos, de tipo real o imaginario. El paciente probablemente sufra además sufrimiento emotivo, humillación y piense que ha sido traicionado si se entera de su verdadero diagnóstico más adelante por alguna otra fuente, como algún médico nuevo o algún especialista que examine el caso.

Las fuertes reacciones emotivas de los médicos hacia los pacientes con trastornos somatiformes, en particular cuando se complican con trastornos de personalidad, pueden conducirlos a comportarse de manera inusitada que viole las normas éticas y legales de la conducta del médico.

Mary F, una mujer de 23 años, había sufrido abuso sexual de manera repetida en la niñez y presentaba quejas físicas múltiples que correspondían al abuso; además andaba en búsqueda de alguien que la "protegiera" en su vida. Su médico era un cirujano ortopédico que recientemente se había separado de su esposa y que rápidamente se encontró dispuesto a "rescatar" a la paciente, incluyendo órdenes de pruebas innecesarias, préstamos de dinero y promesas , de mantenerla hospitalizada hasta que pudiera corregir su caótica situación doméstica.

La promesa del cirujano condujo a una hospitalización de más de seis semanas. Sus colegas se dieron cuenta del dilema y le señalaron con claridad que su comportamiento era incorrecto. El médico se sintió descubierto y enojado consigo mismo y contra la paciente y decidió darla

de alta rápidamente del hospital rompiendo así las promesas que le había hecho. Ella salió iracunda del hospital y culpó al médico por haberla decepcionado; fue ingresada una semana después con una pierna rota, la cual se produjo cuando cayó de una plataforma para sillas de rueda de un automóvil en movimiento. Los colegas del cirujano intervinieron para hacerse responsables del caso. Este estuvo de acuerdo con una mezcla de alivio y resentimiento.

## CONCLUSION

Los trastorno somatiformes, los facticios y el fingimiento constituyen un conjunto de trastornos relacionados de tipo fascinante que comparten los aspectos de los límites de enfermedades médicas, mecanismos de defensa psicológica y normas culturales sobre comportamiento de enfermedad. Es probable que los médicos que practican en las diversas áreas de la medicina encuentren pacientes que padecen este tipo de trastorno y al darles tratamiento, con seguridad afrontarán dilemas diagnósticos y éticos. Es fundamental valorar estas afecciones con precisión y darles tratamiento. El retraso del tratamiento en trastornos somatiformes en particular suele producir curso más prolongado y complicaciones adicionales de depresión, ideas suicidas, visitas innecesarias a la clínica y a la sala urgencia e intervenciones quirúrgicas. El reto en el futuro incluye dilucidar las causas de síndrome de fatiga crónica, las enfermedades ambientales y el síndrome de la Guerra del Golfo, que quizá representen una combinación de factores médicos y psiquiátricos.

Al mismo tiempo, los trastornos descritos en este capítulo representan tan sólo una fracción del amplio campo de enfermedades psicosomáticas. La primera mitad del siglo xx se caracterizó por la investigación de las llamadas enfermedades psicosomáticas, enfermedades médicas que se creía tenían causa psicológica parcial (p. ej., úlceras, asma, colitis ulcerosa). Se encontraron relaciones entre los niveles de tensión y el funcionamiento fisiológico. Actualmente se está siguiendo esta línea de investigación al realizar estudios de la función inmunitaria y la tensión y otras relaciones entre la mente y el cuerpo. Sin duda se puede aprender mucho más sobre la relación entre la mente y el cuerpo y es muy probable que ésta constituya un área de investigación clínica difícil pero muy compensadora en los años por venir.

## REFERENCIAS


Burack J: Provoking new epileptic seizures: The ethics of deceptive diagnostic testing. Hastings Center Repon. 1997;27(4):24-33.

Dr Marc Feldman's Munchausen Syndrome and Factitious Disorders Page. http://ourworld.compuserve.com/homepages/Marc_Feldman_2/

Escobar JI: Transcultural] aspects of dissociative and somatoform disorders. Culture and major depression. Psychiatr Clin N Am 1995;18(3):555.

Ford CV: Illness as a lifestyle: the role of somatization in medial practice. Spine 1992; 17( 10): 173(Suppl).

Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS: The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. J Clin Epidemiol 1994;47:647.

Jorge CM, Goodnick PJ; Chronic fatigue syndrome and depression: biological differentiation and treatment. Psychiatr Annl997;27(5):365.

Kaufman DM: Psychogenic neurologic deficits. Pages 25-33 in: *Clinical Neurology for Psychiatrists,* 4th ed. . Saunders, 1995.

Kirmayer LJ, Robbins JM (editors)': *Current Concepts of Somatization: Research and Clinical Perspectives.* American Psychiatric Association Press, 1991

Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV III, Hahn SR et al: Multisomatoform disorder: an altemative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. Arch Gen Psychiatr 1997;54:352.

McElroy SL, Philips KA, Keck PE,.Hudson JI, Pope HG: Body dysmorphic disorder: Does it have a psychotic subtype? J Clin Psychiatr 1993;54(10):389.

Mín SK, Lee BO Laterality in somatization. Psychosomat Med'I997;59(3):236.

Sadler JZ. Ethical and management considerations in factitious illness: one and the same. Gen Hosp Psychiatr 1987;9:31.

# 10 Trastornos disociativos

*David Elkin, MD y Claudia E. Toomey, PhD*

Los **trastornos disociativos** se desarrollan como resultado de alguna falla en la integración normal de la percepción, conciencia, memoria o identidad. Incluyen trastorno de despersonalización y trastornos amnésicos: trastorno amnésico disociativo, trastorno de ruga disociativa y trastorno de identidad disociativa.

En la figura 10-1 se ilustra el espectro de los trastornos disociativos. El **trastorno de despersonalización** se caracteriza por sentimientos persistentes e inquietantes de apartamiento e insensibilidad y cambios en la percepción de uno mismo y su entorno. La **amnesia disociativa** se caracteriza por una incapacidad para recordar información personal importante tras algún trauma. Las personas que padecen trastorno de **fuga disociativa** repentinamente presentan alguna brecha en sus recuerdos y quizá experimenten confusión con respecto a su identidad personal o asuman alguna nueva identidad. Los individuos que padecen **trastorno de identidad disociativa** (conocido con anterioridad como trastorno de personalidad múltiple) poseen dos o más entidades diferentes o personalidades que controlan su comportamiento. Además, son incapaces de recordar información personal de importancia.

Existe una fuerte relación entre los trastornos disociativos y los traumas. La mayoría de las personas pueden recordar leves episodios de disociación en sus vidas. Estos estados inclusive son adaptativos en ciertas circunstancias. Sin embargo, los trastornos disociativos casi siempre constituyen respuestas a experiencias traumáticas. Con frecuencia la disociación se emplea como defensa en un esfuerzo de evitar los sentimientos abrumadores de ansiedad e impotencia. Los antecedentes de abuso físico y sexual se caracterizan con frecuencia por el desarrollo de síndromes disociativos. Los individuos que han participado en sucesos que ponen en peligro la vida como guerras, desastres naturales y crímenes, tienen más probabilidades de experimentar síntomas disociativos. Se efectúa la detección de enfermedades médicas del paciente, además de los posibles determinantes culturales de su comportamiento.

## EVIDENCIA DE ESTADOS DE CONCIENCIA FUERA DE LA CONCIENCIA NORMAL

Los trastornos disociativos son fascinantes por sí mismos y también por lo que revelan con respecto a la manera en que funciona la mente humana. Los estados de disociación son extensiones de fenómenos psicológicos que ocurren en la vida cotidiana. El concepto de disociación se basa en la premisa de que el cerebro humano puede operar, en ocasiones simultáneamente, a distintos niveles de conciencia. La disociación del funcionamiento mental revela algunos de los elementos de la conciencia que normalmente están integrados y de los cuales la mayoría de las personas no tiene conciencia. Aunque este capítulo se refiere a los estados psicopatológicos en los cuales las percepciones o los recuerdos se ven gravemente comprometidos, se observan fenómenos más leves de tipo disociativo de manera regular en individuos saludables. Este tipo de fenómenos incluyen la experiencia de ensoñación (soñar despierto) o perderse en los propios pensamientos hasta el punto en que es necesario realizar un esfuerzo para "volver a la vida real" después.

Además de ser adaptativos, algunos estados alterados de conciencia pueden ser benéficos. Por ejemplo, la mayoría de las personas han experimentado el placer de perderse en la trama de alguna novela, película, al dar un viaje largo en automóvil o en alguna otra actividad. Los ejercicios de relajación o meditación a menudo permiten que las personas se sientan reposadas y recargadas. Csikszentimihalyl estudió las llamadas **experiencias máximas,** en las que los individuos experimentan episodios breves e intensos, durante los cuales consideran que funcionan a su punto máximo. Las personas se sumergen totalmente en alguna actividad hasta el punto de que su concentración se encuentra altamente enfocada y no experimenta ninguna distracción. Esta experiencia ocurre en muchas disci-

Aumento de la posibilidad de psicopatología y afecciones comórbidas

| Individuos saludables | Trastorno de despersonalización | Amnesia disociativa | Fuga disociativa | Trastorno de identidad disociativa |
|---|---|---|---|---|

**Fig. 10-1.** Espectro de fenómenos disociativos. El grado de psicopatología y la posibilidad de comorbidez aumentan de izquierda a derecha. Los pequeños episodios de olvido ocurren con frecuencia en individuos saludables en el curso de la vida cotidiana. Los síntomas de despersonalización se observan a menudo en personas que padecen trastorno de tensión aguda y en trastorno de personalidad *borderline*. El trastorno de amnesia disociativa puede ocurrir en respuesta a algún trauma abrumador y da como resultado el olvido de un periodo de tiempo más prolongado. En el trastorno de fuga disociativa, tanto la memoria como la identidad se ven afectadas. Las personas que experimentan trastorno disociativo (conocido anteriormente como trastorno de personalidad múltiple) con frecuencia tienen antecedentes de abuso sexual y físico extremo durante la niñez, lo que conduce á la formación de personalidades múltiples.

plinas y actividades, usualmente a personas que han pasado varios años practicando alguna destreza (p. ej., un cirujano en un quirófano, un músico que toca alguna pieza difícil o un escalador experto que escala sin cuerdas de seguridad). Estos individuos describen una pérdida de la conciencia del paso normal del tiempo y sentimientos intensos de concentración, confianza y energía con pérdida de la conciencia personal y de sí mismo; la sensación de encontrarse completamente "en el momento". Esta experiencia puede relacionarse de manera cercana con los conceptos orientales de Zen llamados **satori.** Este es un estado de la mente que hace posible que una persona se desempeñe en o por encima de sus expectativas más altas y quizá ilustre brevemente los límites del potencial humano.

Un cuerpo cada vez mayor de investigaciones indica que la mente humana es capaz de procesar información a muchos niveles distintos de conciencia. Considere el siguiente ejemplo. Encuentre el error en la siguiente frase:

París en la
la primavera.

Si se muestra esta frase a un salón de clases, muchos individuos no se darán cuenta de que la palabra "la" se encuentra repetida. Aunque se les diga que la frase contiene un error, muchas personas no lograrán detectar el problema hasta que se les señale. Este ejemplo demuestra que él cerebro humano está configurado para *no* observar o no atender de manera selectiva observaciones o hechos que no se adaptan a los patrones esperados.

El uso de investigación científica aporta más evidencia de que los seres humanos son capaces de procesar información fuera de su estado de conciencia. En cierto estudio se presentaron palabras sobre una pantalla de computadora a intervalos de aproximadamente 40 mseg. Las personas que observaron la pantalla supieron de inmediato que habían visto algo y que probablemente era una sola palabra, aunque no la reconocieron de manera consciente. Esta es una sensación extraña similar a tener una palabra en la punta de la lengua. Si se pedía a las personas que seleccionaran la palabra que habían visto de uña lista de tres palabras similares inmediatamente después insistían en que les era imposible porque en realidad no sabían de qué palabra se trataba. Sin embargo, seleccionaron de manera constante la palabra presentada subliminalmente en la etapa anterior. En consecuencia, existe otro sistema de procesamiento de información que es capaz de reconocer información y alimentarla al consciente para su futuro reconocimiento y análisis.

La evidencia más amplia de un sistema paralelo de procesamiento de información proviene de un estudio realizado entre veteranos de la guerra de Vietnam que padecen trastornos de tensión postraumática (TTPT). A estas personas también se les mostraron palabras en una pantalla de computadora por intervalos suficientemente breves para impedir que fueran reconocidas por el consciente. Se les mostraron dos tipos de palabras. El primero carecía de significado emotivo, pero el segundo incluía palabras con carga emotiva que evocaban sentimientos sobre la guerra (p. ej., "vienen", "herido" o "helicóptero"). Aunque los veteranos negaron que hubiesen reconocido alguna palabra, les fue imposible llevar a cabo tareas sencillas inmediatamente después de haber visto las palabras relacionadas con la guerra.

En un estudio que llevó este tipo de investigación un paso más allá se mostró a veteranos de la guerra de Vietnam palabras similares a las que conocieron du-

rante la guerra mientras se les monitoreaban los cambios de actividad del sistema nervioso autónomo como frecuencia cardiaca, presión arterial y respuesta galvánica cutánea. Al exponerlos a palabras subliminales relacionadas con la guerra, los corazones de estas personas latían aceleradamente, comenzaban a sudar y evidentemente presentaban respuesta de lucha o huida, aunque la palabra desencadenante se encontraba fuera de su conciencia. De nuevo, estos estudios sugieren que los individuos pueden atender y responder a información del entorno si están totalmente conscientes de la alimentación, con consecuencias emotivas y fisiológicas.

En un experimento intrigante, los investigadores se preguntaron si los pacientes sometidos a intervención quirúrgica gastrointestinal podrían responder a sugerencias que se les dieran mientras estaban anestesiados. Los investigadores dijeron a los pacientes inconscientes que se recuperarían con rapidez de la intervención y regresarían con rapidez al funcionamiento intestinal normal. En comparación con el grupo de control (que no recibió este tipo de sugestión mientras era sometido a la intervención quirúrgica) estos pacientes efectuaron una recuperación más rápida de la intervención e inclusive fueron dados de alta varios días antes.

La **hipnosis** también se basa en el fenómeno de disociación. Los estados hipnóticos y relacionados con hipnosis pueden describirse como estados alterados de conciencia en los cuales las funciones normalmente integradas a la conciencia se disocian dando como resultado un estado de atención altamente enfocado y sugestionable. En esencia, el clínico que lleva a cabo la hipnosis ayuda al paciente a alcanzar un estado de disociación en el cual él es más receptivo a las sugestiones. Los pacientes pueden aprender a asumir el control parcial de las funciones corporales autónomas para reducir la presión arterial o el dolor. Muchas clínicas que se especializan en el cuidado de personas con cáncer, quemaduras o dolor crónico emplean la hipnosis para ayudarlos a lograr un mejor control del dolor y la ansiedad con menos medicamentos.

> Esther Z, de 25 años, ingresó al hospital con quemaduras de segundo grado en la parte inferior de su cuerpo como resultado de un accidente automovilístico. Durante su estancia de tres meses en el hospital, el Sr. Z requirió dosis cada vez mayores de opiáceos para alcanzar un alivio parcial del dolor. Esta situación provocó tensiones entre el Sr. Z y el personal, ya que éstos consideraron que el Sr. Z era demasiado demandante y dependiente. A él le preocupaba que el personal no respondiera con suficiente prontitud cuando experimentaba dolor.
>
> Un especialista psiquiátrico tuvo juntas con el Sr. Z diariamente por dos semanas y le enseñó una serie de ejercicios de relajación. Dio instrucciones al Sr. Z de que sus manos eran como "varillas mágicas" y que podía reducir el dolor agitándolas por encima de cualquier parte de su cuerpo. El adquirió un estado de ánimo más relajado y experimentó menor grado de dolor, lo que le permitió ser menos dependiente de los opiáceos para controlar su dolor. Este control personal de su ansiedad y dolor incrementó su autoestima y mejoró su relación con el personal.

Por lo tanto, el proceso de disociación es de ayuda para comprender facetas de procesos de información y estados alternos de conciencia que ocurren tanto en individuos saludables como traumatizados.

## TRASTORNO DE DESPERSONALIZ ACION: CARACTERISTICAS CLINICAS

Por lo general consideramos que la conciencia humana es un estado unificado. Nuestras experiencias subjetivas lo confirman, ya que cada uno de nosotros se percibe a sí mismo como agente único a cargo de su propia vida sin discrepancia entre su mente y cuerpo. Por ejemplo, cuando una persona mueve su mano no experimenta esta acción como el disparo de miles de impulsos musculares o nerviosos distintos. No siente que el lóbulo frontal de su cerebro ordena a su mano a que se mueva.

En el trastorno de despersonalización, la percepción normalmente integrada de la experiencia resulta perturbada. Quizá los pacientes experimenten cambios en alguno de sus cinco sentidos; por ejemplo escuchen sonidos, tengan visión en forma de túnel o perciban menos el dolor. Con frecuencia se sienten "insensibles" y presentan menor conciencia de su entorno inmediato. Las personas sienten que algunas partes de su cuerpo no son suyas, o que se encuentran "fuera" de su cuerpo. En ocasiones describen la sensación de que su cuerpo es una "marioneta" a la cual controlan desde un punto externo y aparte.

La **desrealización** incluye la pérdida de la percepción normal de que el mundo en sí es "real". Los pacientes a menudo describen esta sensación como "una ensoñación" o reportan que repentinamente perciben que el mundo es "como una película, deja de ser 'real'". Los sentimientos de falta de realidad y distanciamiento a menudo encubren otros sentimientos como ansiedad y pánico. Aunque las personas a menudo se

quejan de que se están "volviendo locas" las pruebas de realidad se encuentran intactas y estos pacientes no están psicóticos. No obstante, el trastorno de despersonalización da como resultado notable incomodidad y afecta en las relaciones personales y en el trabajo.

## INCIDENCIA

Los episodios de despersonalización y desrealización ocurren también en individuos saludables y se observan con frecuencia como síntomas en trastornos de ansiedad como trastorno de tensión aguda, trastorno de tensión postraumática, trastorno de pánico, fobia social y en el trastorno de personalidad *borderline* y uso de sustancias. El trastorno aislado de despersonalización es poco frecuente.

## CAUSAS

Las experiencias de despersonalización o desrealización se cree que se basan en la **disociación**, un mecanismo de defensa que se emplea para evitar la ansiedad. Entre los individuos saludables, quizá la disociación se asocie con agotamiento, aburrimiento o deprivación sensorial. La despersonalización se produce con frecuencia como respuesta a tensión psicológica o traumatismo físico o en individuos con antecedentes de traumas pasados. Por ejemplo, los prisioneros de guerra y rehenes en ocasiones construyen elaboradas fantasías para escapar de la tensión y el aburrimiento en que se encuentran.

Se considera que los fenómenos disociativos aislados forman parte normal del funcionamiento psicológico. No obstante, cuando estos episodios se hacen más discretos, frecuentes y pronunciados, cumplen con los criterios de trastorno de despersonalización. A menudo se observa despersonalización y desrealización como resultado de factores médicos o característica de algún otro trastorno psiquiátrico.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diversas afecciones médicas y psiquiátricas pueden simular los síntomas del trastorno de despersonalización. Los problemas médicos pueden ocasionar sensaciones de despersonalización y desrealización. Es preciso excluir las causas físicas antes de que el clínico considere los diagnósticos primarios y asociados.

### 1. EXCLUSION DE CAUSAS MEDICAS DEL TRASTORNO DE DESPERSONALIZACION

Las afecciones médicas que simulan las experiencias de desrealización y despersonalización incluyen:

- trastornos neurológicos: epilepsia, migraña, tumo res cerebrales, accidentes cerebrovasculares, traumatismo cerebral, encefalitis, trastornos del tejido conectivo (como lupus eritematoso sistémico o esclerosis múltiple, demencia de Alzheimer, corea de Huntington, degeneración espinocerebelosa;
- causas metabólicas: hipoglucemia, hipoparatiroidismo e hiperventilación;
- reacciones a toxinas: monóxido de carbono, botulismo, intoxicación con mescalina;
- medicamentos: medicamentos anticolinérgicos o antihistamínicos.

### 2 EXCLUSION DE TRASTORNOS DE USO DE SUSTANCIA

La mayoría de las sustancias inducen episodios de desrealización y despersonalización. Dichas sustancias incluyen marihuana, alucinógenos (p. ej., LSD, mescalina), PCP (fenciclidina, "polvo de ángel"), cemento, opiáceos y alcohol. Es preciso comprobar si el paciente usa este tipo de sustancia antes de efectuar un diagnóstico conclusivo.

### 3. EXCLUSION DE CAUSAS PSIQUIATRICAS

Los trastornos de despersonalización también ocurren por sí solos, pero a menudo forman una característica secundaria de algunos de los siguientes trastorno psiquiátricos:

- esquizofrenia;
- trastornos afectivos: manía y depresión;
- trastornos de ansiedad: trastorno de tensión aguda, trastorno de tensión postraumática, trastorno obsesivo-compulsivo, fobia social y trastornos de páni co (menos frecuente en trastornos de ansiedad generalizada);
- trastornos de la personalidad (en particular perso nalidad *borderline* y otros trastornos de personalidad del grupo B como personalidad histriónica, narcisista y antisocial);
- delirio.

Con frecuencia se producen episodios de despersonalización con la ansiedad intensa que caracteriza al trastorno de pánico, a las fobias sociales o simples.

> Bernardo H, de 19 años, experimentó el inicio de ataques de pánico un mes después de empezar sus estudios universitarios y de dejar el hogar paterno. Estos ataques se presentaban a diario, a menudo mientras se encontraba descansando, iban acompañados de signos clásicos

como palpitaciones, sudación, hiperventilación, sensaciones de cosquilleo, ansiedad en aumento y una sensación de algún mal inminente. El joven H dijo que aunque su ansiedad en sí era difícil de soportar, se sentía más perturbado por otros sentimientos extraños "Es como si estuviera insensible, me siento raro, como si no fuera yo mismo en realidad". También describió la sensación de que sus manos "No se sentían como si me pertenecieran; se sentían como si no estuvieran conectadas a mí; continué viéndomelas, pero parecía como si no fueran mías; pueda ser que se 'muevan', pero parecen pertenecer a otra persona".

Aunque sabía que otros miembros de su familia habían presentado ataques de pánico, los episodios de despersonalización que en su caso los acompañaban hicieron que se preguntara si "me está pasando algo más grave, ¿podría ser un ataque de nervios o algo parecido?" La psicoterapia y el tratamiento con antidepresivos produjo una mejoría rápida y los ataques de pánico y episodios de despersonalización del Sr. H cesaron.

**Diagnóstico.** Trastorno de pánico (eje I).

Los fenómenos disociativos, incluyendo la despersonalización, también son frecuentes durante y después de algún suceso traumático abrumador y son características del trastorno de tensión aguda. Los síntomas de disociación son comunes en cualquier persona que experimenta circunstancias que pongan en peligro la vida, incluyendo desastres, criminalidad o inclusive procedimientos médicos. Los pacientes que experimentan trastornos disociativos durante las etapas iniciales de traumas tienen más posibilidades de desarrollar trastorno de tensión postraumática (TTPT).

Yvonne L, de 56 años, viajaba en autobús con unos amigos, cuando el vehículo se salió de control en una curva pronunciada y chocó contra un grupo de árboles. La Sra. L nunca perdió la conciencia y recordaba los detalles del accidente con vividez. Cuando el autobús comenzó a derrapar, ella pensó "no es posible que esté ocurriendo esto". Le pareció que todo ocurría en movimiento lento y el sonido de los frenos del autobús y los gritos de los pasajeros le parecieron apagados y distantes.

La Sra. L experimentó un momento de pánico cuando pensó que iba a morir. Después sintió que la ansiedad desaparecía de manera abrupta, y sintió que estaba viendo el accidente "como si se tratara de una película". Dijo haber pensado "esto es sólo un sueño y voy a despertar muy pronto".

La Sra. L recibió tratamiento por equimosis menores en la sala de urgencias pero manifestó que aún se sentía "azorada y entumecida". Entró a psicoterapia dos meses después, ya que continuaba experimentando recuerdos retrospectivos persistentes del accidente y sentimientos de despersonalización.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión aguda, trastorno de tensión postraumática (eje I).

Las personas con trastorno de personalidad *borderline* a menudo experimentan emociones, pensamientos y relaciones interpersonales inestables, además de episodios de despersonalización. Estos sujetos a menudo tienen antecedentes de algún trauma infantil y se encuentran expuestos a trastornos de ansiedad y uso de sustancias. A menudo llevan a cabo comportamientos autodestructivos o realizan intentos de suicidio repetidos.

Marcela S, de 31 años, asistió a una cita clínica médica inicial pero se negó a someterse a un examen físico. Más adelante dio su consentimiento, y el estudiante médico que la examinó observó muchas cicatrices paralelas lineales sobre su muñeca de la izquierda además de una serie de cicatrices "en lunares" ya sanas en su brazo izquierdo y en sus muslos. Cuando se le preguntó sobre las cicatrices, la Srita. S. inicialmente respondió con ira, casi a voz de grito "Es algo personal, no deseo hablar de ello". El estudiante explicó a la Srita. S que aunque no tenía que responder a las preguntas, esta información ayudaría para que se le proporcionaran los mejores cuidados posibles.

La Srita. S replicó "Odio que los estudiantes intenten comportarse como los médicos conmigo, pero de cualquier manera te lo revelaré". Le explicó que se había molestado con su novio actual, con quien tenía un mes de noviazgo, y que habían tenido una pelea. Cuando la Srita. S tenía el más leve motivo para pensar que su relación romántica corría algún peligro se ponía "realmente iracunda, gritaba, tiraba cosas, tenía ideas suicidas; es algo que en realidad me asusta".

Ella controló estos sentimientos cortándose las muñecas con una navaja y quemándose con cigarrillos. Observó que sentía un mínimo de dolor: "Es como si estuviera flotando fuera de mí misma y no estuviera realmente dentro de mi cuerpo. Mi habitación también se siente rara. Los ángulos resultan extraños y todo parece muy lejano y callado".

La Srita. S reveló que había experimentado varios episodios similares desde su adolescen-

cia. Observó que cortarse o quemarse a sí misma le permitía reducir su ansiedad de manera drástica por varias horas. Describió esta sensación como "una liberación increíble. Me siento tranquila y serena; es el único momento en que siento que tengo el control". La Srita. S expresó su interés en ser referida a una clínica psiquiátrica aunque no cumplió con su cita.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad *borderline* (eje II).

### TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE DESPERSONALIZACION

El tratamiento de todos los trastornos disociativos, incluyendo el trastorno de despersonalización, consiste en corregir los trastornos médicos subyacentes en primer lugar y como lo más importante. En ausencia de factores orgánicos se da tratamiento a los trastornos psiquiátricos graves en caso de que estén presentes. Al tratar estas afecciones primarias con frecuencia se desaparece el sentimiento de despersonalización y desrealización.

El tratamiento suele consistir en psicoterapia y posible medicación con antidepresivos. Con frecuencia la terapia de grupo es de ayuda, ya que la vergüenza, el temor, la enajenación y la pena que se asocian con los trastornos disociativos a menudo desaparecen cuando el paciente escucha a otras personas hablar de sus propias experiencias. Otras intervenciones no farmacológicas incluyen "recetar" reposo, ejercicio, evitar el uso de alcohol y drogas y llevar a cabo ejercicios de relajación como meditación, respiración profunda o biorretroalimentación. El efecto neto de estas intervenciones es reducir la tensión y proporcionar a los pacientes una mayor sensación de control sobre sus emociones y pensamientos.

## TRASTORNOS AMNESICOS: CARACTERISTICAS CLINICAS

La disociación también afecta el proceso normal de integración de la memoria a partir del estado de conciencia, dando como resultado amnesia disociativa. De nuevo, estos trastornos son expansiones de fenómenos de disociación que se dan en individuos saludables. La mayoría de las personas ha experimentado la sensación de frustración por haber colocado un objeto en un sitio erróneo, haber olvidado que ya tenían la cartera que buscaban o no poder recordar el nombre de alguna persona conocida. Los pacientes a menudo reportan que olvidaron "tomar sus medicamentos" o que no pueden recordar las instrucciones o explicaciones que el médico les dio. Las brechas mayores en los recuerdos pueden resultar más desconcertantes.

Arlene K, una estudiante de medicina de 24 años, iba manejando hacia su casa tras haber cubierto un turno de 30 horas en el hospital en su etapa de rotación quirúrgica. Durante el viaje de 20 minutos observó que sus pensamientos se desviaban a lo pasado durante el día y después hacia la próxima visita de sus padres. De pronto se dio cuenta de que sólo estaba a una cuadra de distancia de su departamento y de que no recordaba los últimos 15 minutos de viaje. Conforme se dirigía al estacionamiento, se preguntó qué le había ocurrido. ¿Se había quedado dormida?

Esto era poco probable, porque tuvo que haber pasado varios semáforos, atravesar un puente angosto y dar vuelta en una curva pronunciada. ¿Cómo llevó a cabo estos procedimientos complicados sin chocar? Pero si hubiese estado consciente de lo que hacía, ¿por qué no recordaba nada al respecto?

**Diagnóstico.** Ninguno (los trastornos de disociación de tipo menor no son patológicos y se producen en la mayoría de los individuos saludables).

**Discusión.** Esta situación resultará familiar a muchos lectores. La mayoría de las personas relatan experiencias similares: sienten que existe algo ambiguo o un "hueco" en sus recuerdos durante algún breve espacio de tiempo. No obstante, en los trastornos amnésicos no hay ambigüedad con respecto a tiempo perdido sino una incapacidad total de recordar lo que ocurrió durante un periodo de tiempo más largo. En general, la pérdida de la memoria se relaciona con circunstancias traumáticas o tensionantes de la vida, como una violación o alguna pelea marital. Por ejemplo, quizá alguna persona al despertar observe que hay un nuevo vehículo en la cochera y después encuentre el recibo del automóvil, pero no recuerde en que momento lo adquirió. Las personas con trastorno de fuga disociativa pueden encontrarse viviendo en una parte distinta del país sin recordar nada de los seis meses anteriores.

### INCIDENCIA

La incidencia de estos trastornos es muy baja. El trastorno amnésico disociativo y el trastorno de fuga disociativa son fenómenos poco frecuentes. El trastorno de identidad disociativa tiene ámbitos de ocurrencia muy variables que van desde poco frecuentes hasta el 3 % de todos los pacientes con enfermedades mentales. Este tipo de trastorno suele aumentar en periodos de

guerra, tras desastres naturales y en periodos de inquietud social. Se cree que el aumento en la incidencia de estos trastornos de los últimos 25 años se debe a errores de reporte, sugestibilidad de los pacientes, diagnóstico excesivo o posiblemente un mayor reconocimiento de la existencia de fenómenos disociativos.

## CAUSAS

El modelo psicodinámico de la mente considera que el funcionamiento mental abarca procesos conscientes e inconscientes que funcionan de manera paralela. Según este proceso, los conflictos inconscientes o cualquier otra amenaza a un sentido de coherencia del ser generan ansiedad. Speigel diferencia entre la disociación y represión. La disociación es un mecanismo de defensa que se emplea para bloquear la comprensión consciente de ansiedad y conflicto relacionados con algún trauma específico por un periodo discreto de tiempo. En contraste, la **represión** es más duradera, se origina a partir de conflictos no traumáticos e incluye contenido que se discierne con menos facilidad. Sin embargo, el uso de estas defensas tiene cierto "costo", es decir, la extraña sensación de sentirse separado de parte del propio afecto, memorias o identidad.

Esta es la explicación que se da para la amnesia disociativa, en la cual los mecanismos psicológicos de defensa producen brechas en la memoria. Este tipo de brechas se observa en casos de amnesia disociativa y también después de traumas (p. ej., en trastorno de tensión aguda y trastorno de tensión postraumática) y en trastorno de somatización. En la fuga disociativa y los trastornos de identidad disociativa (véase más adelante), las brechas en la memoria son tan graves que comprometen la identidad del paciente.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

### 1. EXCLUSION DE CAUSAS MEDICAS DE TRASTORNOS AMNESICOS

En presencia de cualquier síntoma psiquiátrico es necesario llevar a cabo una investigación completa, comenzando por la eliminación de las posibles causas médicas de los síntomas. Es fundamental llevar a cabo un examen físico que incluya un examen neurológico completo para descartar las causas médicas de problemas de la memoria. Algunas de las causas médicas más comunes de amnesia disociativa, fuga disociativa y trastornos de identidad se mencionan a continuación. Muchas de estas afecciones médicas son sumamente graves y requieren un diagnóstico preciso y tratamiento rápido.

- trastornos del SNC: infecciones cerebrales (encefalitis, meningitis, herpes simple que afecta lóbulos temporales), neoplasias cerebrales, accidentes cerebrovasculares (en particular en las porciones límbica y frontal del cerebro);
- trastornos metabólicos: uremia, hipoglucemia, encefalopatía hipertensiva, porfiria intermitente;
- otros trastornos: amnesia global transitoria (AGT), traumatismos, daños por anoxia, terapia electroconvulsiva, epilepsia del lóbulo temporal.

Entre estos trastornos, la amnesia global transitoria puede tener consecuencias interesantes. Esta es una afección poco usual y afortunadamente breve que produce amnesia profunda y afectación del aprendizaje (memoria a corto plazo), desaparece en pocas horas, no suele presentar recidivas y se cree que es el resultado de una interrupción de la irrigación cerebral al hipocampo y a otras estructuras del SNC que son fundamentales para la memoria. El neurólogo Harold Klawans describió en forma fascinante el caso de un cirujano que desarrolló amnesia global transitoria cuando estaba llevando a cabo una intervención quirúrgica. Sus destrezas quirúrgicas permanecieron intactas, pero no podía recordar nada de un momento al siguiente. La enfermera del quirófano tuvo que guiar al cirujano durante el resto del procedimiento.

Es recomendable emplear la siguiente batería estándar de pruebas médicas para detección de estas afecciones:

- pruebas sanguíneas estándar incluyendo serología (electrólitos) y biometría hemática (para comprobar el volumen sanguíneo, el recuento de glóbulos blancos y plaquetas);
- detección toxicológica;
- tomografía computadorizada o resonancia magnética de cráneo y punción lumbar, cuando esté indicado clínicamente;
- EEG para descartar trastorno convulsivo cuando esté indicado clínicamente.

### 2. EXCLUSION DE AMNESIA INDUCIDA POR DROGAS

La pérdida de la memoria puede ser inducida por diversas drogas, incluyendo alcohol, barbituratos, benzodiacepinas, PCP, LSD y esteroides. Se ordena una detección toxicológica para identificar cualquier fármaco o medicamento que el paciente pueda haber tomado.

## TRASTORNO DE AMNESIA DISOCIATIVA

El trastorno de amnesia disociativa se caracteriza por una incapacidad repentina para recordar información personal que suele relacionarse con traumas. Esta

incapacidad es demasiado amplia y extensa como para ser explicada por el olvido normal y quizá se asocie con depresión, trastornos de personalidad, ideas suicidas o trastornos de conversión. La amnesia disociativa ocurre en niños, adolescentes y adultos, y puede predisponer al individuo a episodios futuros de amnesia en condiciones de tensión. La pérdida crónica o continua de la memoria es un resultado poco frecuente y la mayoría de los individuos recuperan la memoria en forma gradual. A continuación consideraremos un ejemplo grave de pérdida de la memoria y amnesia disociativa.

Carolina R, de 32 años, participó en un accidente de tráfico en el cual resultó fuertemente lesionada y su hijo de cinco años murió. En el hospital se encontraba perfectamente lúcida y alerta con todos los sentidos intactos, pero su conocimiento de todo lo sucedido, de tipo personal y general, terminaba de manera abrupta seis años antes del momento actual. Dio su antigua dirección y la edad correspondiente a seis años antes. Podía nombrar a los presentes hasta esa fecha. No pudo proporcionar ningún detalle sobre el incidente e insistió en que nunca había tenido hijos. Su último recuerdo era haber planeado un viaje a Hawai con su marido.

De momento, los médicos de la Sra. R se preguntaron si había experimentado alguna lesión craneal que explicara sus problemas de memoria. Pero no presentó datos físicos que sugirieran lesión craneal y se observó que no estaba inconsciente en la escena del accidente. Su examen neurológico fue poco notable y la resonancia magnética craneal fue normal. No tenía antecedentes de uso de drogas o alcohol (dato que siempre debe considerarse en los accidentes en vehículo motorizado); la detección toxicológica fue negativa.

Se solicitó la ayuda de un psiquiatra especializado. Ella llevó a cabo un examen cognoscitivo, incluyendo pruebas de concentración (serie de sietes), atención y memoria a corto plazo. Sin ayuda, la Sra. R sacó buenos resultados en todas las partes del examen, incluyendo el recuerdo de cuatro palabras a los cinco minutos. Así, la capacidad para recordar hechos recientes en el tiempo de la Sra. R aparentemente no estaba afectada. El especialista no encontró evidencia de delirio; la paciente estaba alerta y no presentaba signos de afección cognoscitiva ni de aumento o disminución de la conciencia.

Se consideró que la demencia preexistente era sumamente improbable, dado el examen normal y la relativa juventud de la Sra. R. El psiquiatra se sintió impresionado por el cese abrupto de la memoria a largo plazo de la Sra. R en la fecha correspondiente a seis años antes del accidente y por el examen cognoscitivo normal. Posteriormente, se enteró por parte del esposo de la Sra. R de que el viaje a que ella hacía referencia había sido aquel en que habían concebido a su hijo.

**Diagnóstico.** Amnesia disociativa (eje I).

**Discusión.** La historia médica completa, incluyendo examen del estado mental y pruebas de laboratorio, no proporcionó evidencia de alguna causa médica para la pérdida de la memoria como delirio o síndrome posconcusivo. Aparentemente la paciente había recurrido a la disociación para adaptarse al impacto emotivo tan grave de la muerte de su hijo.

La paciente recuperó gradualmente la memoria en la psicoterapia individual. Experimentar e integrar los recuerdos suprimidos y los sentimientos asociados de culpa, depresión, ira y pérdida, son elementos importantes del proceso terapéutico.

La memoria proporciona continuidad a nuestras vidas, la cual es fundamental para mantener una identidad personal estable. Cuando la memoria se ve gravemente afectada como ocurre en los trastornos de fuga disociativa o identidad disociativa, también se producen perturbaciones de la identidad personal.

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE AMNESIA DISOCIATIVA

Los recuerdos perdidos a consecuencia de amnesia disociativa, en ocasiones, pueden recuperarse mediante amital sódico o loracepam o por medio de hipnosis. Se supone que estas técnicas hacen a un lado los mecanismos de defensa, reduciendo el nivel interno de ansiedad. Puede lograrse el mismo efecto mediante psicoterapia, aunque con más lentitud. No obstante, la terapia tiene ciertas ventajas y se incurren en riesgos más definidos al emplear hipnosis y otras vías más directas para tener acceso al inconsciente del paciente. La hipnosis puede constituir un método para recuperar la memoria, pero debido a la naturaleza plástica de esta última y a la naturaleza sugestionable de las personas hipnotizadas, la información que se recupera de este modo, suele ser inadmisible ante los tribunales.

Godofredo V, un veterano de Vietnam de origen afroamericano de 48 años de edad, acudió al Hospital para Veteranos para tratamiento de depresión y síntomas de trastorno de tensión postraumática. Había participado en diversas situaciones de combate durante la guerra y 15 años después continuaba experimentando re-

cuerdos retrospectivos de tipo intrusivo, sentimientos de ira y culpa y episodios de ansiedad que llegaban casi al pánico. Casi nunca dormía toda la noche y experimentaba pesadillas frecuentes sobre la guerra de Vietnam.

El Sr. V fue ingresado por dos semanas a la unidad de pacientes internos. Se inició el tratamiento con antidepresivos pero pareció obtener mayores beneficios de su relación con el psicólogo de la unidad quien le enseñó ejercicios de relajación que le ayudaron a sentirse menos ansioso y más confiado. El psicólogo observó que el Sr. V parecía capaz de entrar a un trance ligero con gran facilidad y alcanzaba con facilidad el estado relajado. La psicoterapia de grupo ofreció al Sr. V la oportunidad de escuchar a un grupo de sus compañeros que también habían luchado en Vietnam y ser aceptado por ellos.

Al final de su estancia de dos semanas en el hospital, el Sr. V había experimentado mejorías notables en su estado de ánimo, síntomas de trastorno de tensión postraumática, y funcionamiento interpersonal. Se le invitó a participar en un programa para pacientes internos a largo plazo (hasta de seis meses) especial para tratar a veteranos de Vietnam. El aceptó la oferta e ingresó de inmediato al tratamiento.

Después de que el Sr. V fue admitido al nuevo programa, el personal leyó los reportes del psicólogo y decidió que constituía un excelente candidato para hipnoterapia. Se le preguntó sobre su momento más difícil en Vietnam, de modo que pudiera "revivir" terapéuticamente la experiencia bajo hipnosis. En ocasiones se recurre a esta técnica para ayudar a los pacientes a que se den cuenta de que realmente hicieron lo más indicado en circunstancias difíciles, y esto quizá alivie sus sentimientos de culpa.

Con anterioridad, el Sr. V había descrito con ojos llorosos un incidente en el cual un amigo de él había sido lesionado mortalmente, pero aún continuaba vivo cuando los soldados del Viet Cong avanzaban hacia su posición expuesta. El Sr. V había desobedecido la orden de retirada para quedarse con su amigo hasta que muriera, arriesgando su propia vida, pues los soldados de Vietnam del Norte estaban avanzando. Se sentía orgulloso de haber permanecido ahí, al lado de su amigo.

Bajo hipnosis, el Sr. V reveló un relato totalmente distinto. Su amigo sí estaba malherido y los soldados de Vietnam del Norte se aproximaban. En ese momento, los compañeros del Sr. V se dieron cuenta de que no podían dejar al compañero herido porque sería capturado y torturado; tampoco tenían tiempo de ir cargando con el moribundo. Entonces, el Sr. V se quedó otro poco para asegurarse de que su amigo muriera, lo cual él ayudó a acelerar dándole el tiro de gracia.

Al Sr. V no se le dieron instrucciones bajo hipnosis para conservar sus recuerdos falsos de lo sucedido y retuvo el recuerdo que recuperó durante la hipnosis. Se sintió furioso contra el personal por haber sacado a luz este suceso, montó en cólera y dejó el programa ese mismo día.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión postraumática (eje I).

## TRASTORNO DE FUGA DISOCIATIVA

La fuga disociativa se produce en individuos que sufren tensión extrema. El estado de fuga suele caracterizarse por una fuga "física" además de mental. En ocasiones estos pacientes adoptan una nueva identidad y toman un nuevo empleo y forman relaciones en algún sitio distante de su hogar original y aparentemente no tienen conciencia ni recuerdos de su vida anterior. Durante el estado de fuga, los pacientes funcionan normalmente y aparentemente no sufren incomodidad. Sin embargo, a menudo solicitan tratamiento cuando alguna otra persona observa que padecen pérdida de la memoria. Algunas personas adoptan una nueva identidad y personalidad más extrovertida y con más confianza en sí mismos que su personalidad usual. La mayoría de los sujetos no tienen una identidad totalmente nueva, pero sí carecen de información personal. Quizá se sientan intranquilos por su falta de conocimiento sobre sí mismos. El episodio puede durar varios días o meses y suele resolverse con rapidez. El diagnóstico diferencial, incluyendo la investigación de algún trastorno médico, es el mismo que para el trastorno disociativo de tipo amnésico.

Un hombre que aparentemente tenía menos de 25 años fue llevado a la sala de urgencias por la policía cuando se le encontró vagando en estado de confusión. Dijo que no sabía su nombre ni tenía ningún otro tipo de información personal, que no se acordaba de nada del pasado con excepción del día anterior, cuando se encontró a sí mismo vagando por la ciudad.

En la sala de urgencias la persona fue sometida a un examen físico completo y pruebas de laboratorio, que resultaron normales. Se encontraba en perfecto estado de salud. La detección toxicológica demostró que no tenía drogas ni alcohol en sangre. Estuvo de acuerdo de manera voluntaria en ingresar como paciente interno a psiquiatría en donde se le dio el nombre de

"Mike" y se le aplicó una batería de pruebas neuropsicológicas.

Las pruebas no revelaron patrones de demencia ni otro tipo de síndromes orgánicos cerebrales. La memoria a corto plazo de Mike y su concentración estaban intactas y tenía inteligencia superior al promedio. Sus recuerdos a largo plazo de la mayoría de la información se encontraban intactos, como presidentes anteriores, noticias de actualidad y conocimientos geográficos, pero carecía de antecedentes personales. Al preguntarle donde había nacido, en qué fecha, quiénes eran los miembros de su familia, a qué escuela había asistido y los nombres de sus amigos de la niñez, no pudo recordar nada. Una entrevista con amitál no logró revelar ningún otro detalle personal. Era como si el paciente hubiese "nacido ayer" de manera literal. Las pruebas psicológicas revelaron que Mike era inocente e inclinado a reacciones histéricas, pero no se observó indicios de fingimiento ni ningún otro síntoma consciente de fabricación.

Mike permaneció en el hospital varios meses durante los cuales recibía tratamiento con antidepresivos y psicoterapia de apoyo para depresión leve. El diagnóstico de trabajo fue que había experimentado pérdida de la memoria debido a algún suceso traumático y que con el transcurso del tiempo recuperaría su identidad. Para ese fin se le consiguió una habitación en la localidad.

Mike apareció varios meses después en un programa de televisión a nivel nacional. Relató su historia y poco después recibió una llamada telefónica de sus padres, que vivían en el medio oeste de Estados Unidos. Evidentemente había sido criado en una comunidad pequeña y conservadora en donde se había enamorado de la hija del comisario del pueblo. Cuando ella quedó embarazada, el comisario organizó con rapidez una boda. Mike se sintió atrapado entre su deseo de huir y su sentido del honor y la responsabilidad y dejó el pueblo en estado de fuga disociativa. Regresó al medio oeste sin recuperar la memoria y no se le pudo dar seguimiento.

**Diagnóstico.** Trastorno de fuga disociativa (eje I).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE FUGA DISOCIATIVA

La hipnosis en ocasiones permite tener acceso a recuerdos importantes de sucesos y condiciones desencadenantes. Las benzodiacepinas suelen ser menos eficaces. En general, los estados de fuga se resuelven cuando las condiciones de tensión terminan. La psicoterapia se enfoca a familiarizarse más con los estados de ánimos internos y pensamientos que producen incomodidad. El pronóstico para la resolución del estado de fuga es excelente, aunque quizá los pacientes corran riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos en el futuro cuando experimenten tensión.

## TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

Los antecedentes de abuso sexual, físico o emotivo grave durante la niñez, en particular los traumatismos repetitivos, predisponen a ciertas personas a desarrollar personalidades múltiples. Estos pacientes a menudo tienen una personalidad fundamental, y grave dificultad para afrontar las tensiones normales, además de otras personalidades formadas parcialmente (llamadas también **alter)** que suelen tener constitución emotiva complementaria. De este modo, un paciente de maneras suaves suele tener un alter enojado, violento o muy capaz.

Es interesante observar las profundas diferencias de funcionamiento fisiológico en los pacientes cuando expresan distintas personalidades. Los investigadores han observado que las personas diestras se comportan como zurdas y viceversa y que la frecuencia de pulso en reposo y la presión arterial se alteran cuando están presentes los distintos alter:

En general, no existe conciencia de otras personalidades cuando se entrevista a determinada personalidad; sólo existe conciencia de desmayos o periodos de amnesia acerca de los cuales el paciente tiene poca comprensión. En individuos tratados de manera parcial, las personalidades llegan a adquirir conciencia unas de otras.

María E, de 24 años, fue enviada a tratamiento psicoterapéutico para tratar su depresión y ansiedad. Durante su niñez sufrió frecuentes palizas y abuso sexual por parte de su padre. Trabajaba en una posición de nivel intermedio en la universidad, pero se sentía tensionada tanto en el trabajo como en el hogar, donde su marido la presionaba para que se embarazara. Durante la terapia reveló que tenía planes de irse a un prolongado viaje y que acababa de adquirir una pistola. El terapeuta se sintió perturbado por la serena afirmación de la Sra. E de que tenía todo bajo control. En determinado momento, el terapeuta mencionó que quizá la Sra. E requiera hospitalización como interna en caso de plantear un peligro para sí misma o para otros. Los ojos de la Sra. E giraron de manera abrupta hacia

arriba y atrás, como si se metieran en su cabeza y se desmayó en su asiento.

Un minuto después, la Sra. E volvió en sí con lentitud y comenzó a observar la habitación y dijo con un acento sureño: "¿en dónde estoy?, necesito salir de aquí". Sus ademanes y su apariencia eran notablemente distintos. Se puso de pie con poco equilibrio y tenía apariencia confundida pues intentó salir por la puerta del ropero. El terapeuta le sugirió suavemente que dada su falta de equilibrio, era conveniente que se sentara y se relajara. Agregó que se sentiría mejor después de un breve descanso.

La Sra. E se resistió pero más tarde regresó a su asiento. Cerró los ojos y pareció "estar aturdida" por varios minutos después de "despertar" algunos minutos después. Tenía apariencia asustada y sólo estaba consciente de que había experimentado ansiedad y "me quedé aquí sentada mientras usted me observaba". Al preguntar a sus familiares y amigos (con autorización de la paciente), éstos mencionaron que sufría amnesia y presentaba diversas personalidades.

**Diagnóstico.** Trastorno de identidad disociativa (eje I).

Cualquier reporte de pérdida de memoria también indica la posibilidad de que el paciente esté simulando amnesia en forma consciente. Esto ocurre en casos de fingimiento o trastorno facticio con síntomas psicológicos (véase cap. 9). La capacidad de estar enterado o comunicarse con otras personalidades y el potencial de ganancia secundaria evidente indica la posibilidad de que el paciente esté fingiendo.

Kenneth Bianci, el "estrangulador de Hillside", fue arrestado y condenado por asesinato en serie en Los Angeles a comienzos de la década de 1980. Fue examinado en prisión por psiquiatras forenses y psicólogos por sospecha de tener un *alter ego* que hubiese cometido los crímenes. Bianci negaba estar enterado de los crímenes, pero daba sutiles indicios de otra persona que sí lo estaba. Bajo hipnosis reveló otra personalidad, que describió los asesinatos con escalofriante detalle.

El Dr. Martin Orne, de la Universidad de Pensilvania, detectó la simulación de Bianci tras haber visto videograbaciones de entrevistas con Bianci y otros psiquiatras. Sospechó que él no se encontraba verdaderamente en estado de hipnosis y simulaba disociación entre su personalidad "buena" y la "mala". Orne decidió someter a Bianci a una prueba para ver si cambiaba de comportamiento basándose en una sugerencia en estado no hipnótico.

Cuando le presentaron a Bianci para la entrevista, Orne pareció sorprenderse de que él "sólo presentara una personalidad adicional". Sugirió que la mayoría de las personas con trastorno de identidad disociativa presenta por lo menos otras dos personalidades. Cuando Orne procedió a hipnotizarlo, Bianci produjo con rapidez una tercera "personalidad". Orne también hizo que Bianci "viera" a su abogado en la habitación. Este último fue un paso más allá y espontáneamente dio la mano al visitante inexistente. Orne señaló que las alucinaciones táctiles son muy poco frecuentes y observó que Bianci, de manera repetida, atraía la atención a indicios físicos de su personalidad alterna tras la hipnosis (p. ej., diciendo "¡miren estos cigarrillos! ¿Quién fumó éstos? ¡Yo no fumo cigarrillos de esta manera!"). Se llegó a la conclusión de que Bianci sólo simulaba estar hipnotizado y en realidad no padecía trastorno de identidad disociativa.

Posteriormente se descubrió que Bianci temía ser arrestado y condenado a pena de muerte y planeó su defensa de "no culpable por un motivo de locura" tras realizar investigaciones sobre el tema en cursos de psicología universitaria. Un cateo del sótano de su casa reveló numerosos libros sobre psicología anormal y forense, disociación y trastorno de personalidad múltiple.

**Diagnóstico.** Posible trastorno de personalidad antisocial (eje II); fingimiento (código V).

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE IDENTIDAD DISOCIATIVA

Las metas de tratamiento en el trastorno de identidad disociativa se enfocan en la integración de todas las personalidades, para lo cual quizá se requieran años de terapia intensiva. Como los individuos que padecen trastorno de densidad disociativa con frecuencia tienen antecedentes de traumas emotivos, sexuales o físicos repetidos en la niñez, surgen muchos de los mismos aspectos de tratamiento que corresponden a trastorno de tensión postraumática (TTPT) y trastorno de personalidad *borderline.*

Es fundamental establecer la confianza y la seguridad de la alianza terapéutica. Quizá los medicamentos antidepresivos ayuden a controlar la depresión, la ansiedad o los síntomas intrusivos de TTPT. Sin embargo, es posible que el paciente tienda a experimentar disociación en periodos de suma tensión.

## CONTROVERSIA ENTRE RECUERDOS REPRIMIDOS Y RECUPERACION DE LA MEMORIA

A Bárbara A, de 29 años, se le pidió que participara en ejercicios de relajamiento en el trabajo. Los ejercicios eran conducidos por un famoso especialista dedicado a organizar grupos de encuentro en la década de 1970. Los participantes se recostaban sobre colchonetas en el piso por periodos prolongados, hiperventilando. Conforme la Sra. A realizó los ejercicios y experimentó hiperventilación, se sintió cada vez más ansiosa y asustada. Repentinamente se sintió confrontada por recuerdos de un abuso sexual de un pariente cercano de su familia, recuerdos de los cuales había estado totalmente inconsciente hasta la fecha. Se puso sumamente agitada y paranoica y fue llevada a la sala de urgencias psiquiátricas para una evaluación.

La psicosis de la Sra. A desapareció en pocos días y proporcionó antecedentes poco notables y negativos para todo signo de trastorno psiquiátrico o afectivo, o dependencia de sustancias. Fue dada de alta del hospital y asistió a psicoterapia semanal, donde gradualmente integró los recuerdos del trauma que había olvidado por casi dos décadas.

**Diagnóstico.** Amnesia disociativa, breve psicosis reactiva (eje I).

El área de memoria reprimida ha provocado controversias en los últimos años. La prensa popular ha reflejado la disensión dentro de la comunidad de salud mental con respecto a este tema. Muchos terapeutas argumentan que aun teniendo en cuenta la maleabilidad de la memoria es posible que los recuerdos traumáticos de la niñez se repriman de la conciencia y se guarden hasta que se recuperan en la etapa adulta.

Los críticos argumentan que es imposible reprimir recuerdos importantes por un periodo tan prolongado y que los pacientes que dicen haber recuperado la memoria, o bien están fabricando historias de manera premeditada, o quizá creen en lo que afirman, pero simplemente están confabulando. Otros culpan a los profesionales de salud mental por "implantar" ya sea con manipulación o de manera inconsciente en los pacientes altamente sugestionables recuerdos falsos de abuso sexual por parte de miembros de su familia. Este concepto se denomina **síndrome de recuerdos falsos,** y los miembros de las familias que dicen haber sido injustamente acusados de abuso sexual iniciaron la fundación llamada *False Memory Syndrome Foundation* (Fundación del Síndrome de los Falsos Recuerdos).

Esta controversia tiene una herencia histórica con raíces en el inicio del psicoanálisis. Al comenzar el siglo, Sigmund Freud entrevistó a gran número de jovencitas de familias de clase media superior que aparentemente padecían quejas somáticas y trastornos disociativos. Muchas manifestaron haber sufrido abuso sexual por parte de sus padres, padrastros o miembros de la familia. Aunque Freud aceptó inicialmente sus historias como un hecho, se asombró del número tan amplio de pacientes de este tipo en su práctica. En caso de que fueran verdaderamente representativos de su comunidad podría decirse que el incesto y el abuso sexual en las personas de clase media superior de Viena y en todas las demás sociedades quizá constituyera, por extrapolación, una epidemia. Freud decidió que esto era prácticamente imposible, de modo que modificó sus teorías para especular que estas mujeres habían tenido *fantasías* con respecto a experiencias sexuales. Como dichas experiencias se adaptaron perfectamente a las teorías de Freud sobre impulsos inconscientes inaceptables (p. ej., las mujeres deseaban tener relación sexual con figuras masculinas prohibidas), él pudo explicar así las neurosis de estas mujeres. Freud les ofrecía esperanzas de cura a ellas siempre y cuando estuvieran conscientes de sus impulsos prohibidos y los aceptaran.

Según nuestra azorada mentalidad de fines del siglo xx, la teoría de Freud llamada "abandono de la seducción" constituye un grave error del hombre que pudo, cien años antes, haber hecho consciente a la sociedad del tan diseminado abuso sexual de niños. No obstante, esta opinión debe considerarse teniendo en cuenta las limitaciones de perspectiva de Freud. El era un producto de su época, una sociedad represiva acostumbrada a pasar por alto diversas formas de desigualdad social, y él ya era un paria a consecuencia de sus teorías sobre el inconsciente. Sin importar hasta qué grado Freud tenga culpabilidad histórica por el retraso del reconocimiento del abuso sexual por parte de la sociedad, amplias fuerzas de la sociedad actual desearían poder guardar dentro del inconsciente colectivo muchas cosas que se han descubierto. Algunos de quienes están a favor de la memoria reprimida observan que el péndulo está regresando de la conciencia del abuso infantil a nuevas negativas por parte de la sociedad. En caso de que esto sea cierto, la controversia con respecto a las memorias reprimidas constituye algo más que un argumento académico; es una lucha de poder político con respecto al grado en el cual nuestra sociedad es capaz de tolerar la conciencia de sí misma y tiene implicaciones que van más allá de la terapia.

## FENOMENOS DISOCIATIVOS EN GRUPOS

La medicina moderna tiende a enfocarse de manera casi exclusiva en el individuo, pero es interesante considerar el fenómeno de disociación en grupos. Existen ejemplos con respecto a la manera en que la disociación se induce quizá intencionalmente en los centros comerciales y supermercados para alentar a los compradores. También se cuenta con ejemplos extremos de la manera en que los seres humanos pueden funcionar en grupo como si se encontraran bajo un trance; como el fenómeno de la psicología de masas. Robert Jay Lifton estudió la "insensibilidad psíquica" entre los supervivientes de Hiroshima, y el tipo de "pensamiento grupal" que permitió que los médicos trabajaran bajo el régimen nazi en la Segunda Guerra Mundial. Los grupos restrictivos (p. ej., cultos) con frecuencia emplean técnicas como hiperventilación y deprivación del sueño para inducir estados de disociación entre los nuevos reclutas.

Algunos teóricos como Noam Chomsky consideran que la sociedad como un todo es sumamente susceptible a las influencias de grupos con intereses especiales a través de los medios de comunicación. James Loewen, un sociólogo que estudió cuidadosamente una docena de libros de texto de historia a nivel de secundaria y preparatoria, llegó a la conclusión de que la opinión del hombre de la historia está gravemente prejuiciada para evitar disonancia cultural. Por lo tanto, se lee y aprende mucho más sobre la antigua historia de Estados Unidos (u otro país) que sobre acontecimientos controvertidos como la turbulencia social de la década de 1960 y la guerra de Vietnam. Incluso los conocimientos actuales de figuras históricas parecen haber sido filtrados cuidadosamente para evitar disonancias. Según la opinión de Loewen los actuales valores culturales son narrativos y no sólo son determinados por el pasado sino que también influyen en lo que de hecho se hace pero no se acepta. Del mismo modo que cada individuo "olvida" y edita la historia de su propia vida, la narrativa cultural defiende al hombre de ideas desagradables acerca del pasado colectivo.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Los pacientes con trastornos disociativos evocan sentimientos de disociación en sus proveedores de cuidados para la salud. Esto puede incluir la sensación de sentirse perdido o "en un vacío", no pensar con claridad o tener dificultad para enfocar la propia atención. En ocasiones estos trastornos engendran sentimientos de incredulidad o ira en los profesionales médicos.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

En muchas sociedades, los factores culturales ayudan a los individuos a entrar en un estado de trance. Las ayudas para la disociación en otras culturas incluyen hogueras, música, canciones, cantos repetitivos y danzas. Algunos observadores argumentarían que, en Estados Unidos, la televisión y los centros comerciales constituyen los métodos culturalmente aprobados para alcanzar un estado de disociación. Los estados de trance pueden considerarse como un fenómeno tribal o comunal que puede adquirir dimensiones religiosas o espirituales, de manera similar al "hecho de hablar en lenguas" en las reuniones pentecostales. Los fenómenos relacionados con la cultura incluyen individuos que desarrollan locura frenética ("amok") en Indonesia o "Latah" en Malasia. Estos fenómenos serían clasificados por el *DSM-IV* como trastorno disociativo NOS (no especificado de otra manera) y no indican necesariamente psicopatología.

Otra forma poco usual de trastorno disociativo es el **síndrome de Ganser,** que ocurre en prisioneros y en otras personas en situaciones de alta tensión. En este síndrome, los pacientes tienen apariencia aturdida y dan respuestas aproximadas a las preguntas. Por ejemplo, cuando se pide al paciente que lleve a cabo una serie de sietes a partir del 100 quizá comience respondiendo "92". Las afecciones médicas y el fingimiento son consideraciones importantes para el diagnóstico diferencial de estas afecciones.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al tratar a pacientes con trastornos disociativos surgen diversos dilemas éticos en particular aquellos que afectan a la memoria y la identidad del persona. Quizá sea difícil para el médico a cargo preservar la autonomía del paciente cuando trabaja con alguien cuya identidad se encuentra parcial o totalmente dividida en partes en conflicto. ¿Cuáles son las ramificaciones éticas de intentar hacer lo que más conviene al paciente? ¿Debe aliarse el médico con el aspecto del paciente que es consciente para ayudar a protegerlo de lo que sabe le ocasionará dolor o inclusive será peligroso para su propio estado de conciencia? ¿O es recomendable que opte por compartir la verdad, res-

petando la posibilidad de que en cierto nivel el paciente quizá sea capaz de tolerar conocimientos dolorosos? ¿Debe ser el médico quien decida qué es lo correcto para el paciente o hay alguna manera de trabajar con él que permita compartir esta autoridad? Estos son los mismos dilemas que el médico encuentra con diversos pacientes, pero los trastornos disociativos hacen que estos retos adquieran más relevancia.

Máximo D, de 24 años, asistía a terapia por varios meses para tratamiento de depresión grave. Mejoró con la psicoterapia y los antidepresivos, pero presentó rasgos congruentes con trastorno de personalidad *borderline* como impulsividad, dificultad para regular su estado de ánimo y relaciones turbulentas. Estos comportamientos eran consistentes, ya sea con un trastorno de personalidad o con el efecto de traumas repetitivos en su niñez.

El Sr. D tenía pocos recuerdos de su niñez. Dijo que tenía un recuerdo ambiguo de que su padrastro lo había llevado a un paseo y "después sentí como algo malo fuera a ocurrirme y ya no recuerdo nada más". El Sr. D preguntó a la terapeuta si existía la posibilidad de que él hubiera sufrido algún abuso sexual. La terapeuta ya había considerado esta posibilidad y estaba preocupada de que el Sr. D fuera emocionalmente vulnerable y sugestionable, por lo cual no había decidido cómo proceder.

Decidió indicar al Sr. D que era conveniente aguardar a los desarrollos de la terapia, pero dos semanas más tarde el Sr. D anunció que deseaba que la terapeuta lo hipnotizara para ver si lograba recordar algún abuso. La terapeuta sugirió al Sr. D que si había algo que recordar, lo haría él por sí solo con el transcurso del tiempo, pero el Sr. D insistió diciendo "usted tiene la función de ayudarme a proceder en la terapia de la manera en que yo elija; y puedo pasar por alto sus consejos si así lo deseo. Además si usted no me hipnotiza encontraré otra persona que lo haga pero preferiría que lo hiciera usted, ya que confío en usted".

La terapeuta se negó a hipnotizar al Sr. D y él dejó de asistir al tratamiento. La terapeuta se preguntó si había tomado la decisión correcta.

## DISOCIACION Y LA PROFESION MEDICA

Los fenómenos disociativos abarcan un continuo que incluye desde una parte del funcionamiento mental normal hasta una forma de psicopatología. En ciertos medios la disociación puede ser un estado deseable. Los individuos que van a exponerse a tensiones graves en ocasiones son enseñados a funcionar de manera "automática" con emociones suprimidas para adaptarse mejor a la situación tensionante. Sin embargo, funcionar en un estado despersonalizado tiene un costo emotivo a largo plazo.

La deprivación del sueño, la tensión emotiva y física y el énfasis en la objetividad que son comunes dentro del entrenamiento médico pueden conducir a fenómenos disociativos. Una meta muy importante del entrenamiento médico es producir médicos capaces de funcionar bien bajo tensión extrema. Algunos ejemplos incluyen pasar por alto tabúes culturales insertando agujas y sondas en la piel y los orificios corporales, observar y examinar a personas desnudas y pensar y responder de manera lógica y objetiva en urgencias que pongan en peligro la vida sin experimentar empatía o emotividad excesiva.

Quizá no resulte sorprendente que existan varias similitudes entre el entrenamiento militar y el médico, incluyendo el uso de metáforas militares como "guerra contra el cáncer", "ataque" a las bacterias con antibióticos, "bombardeo" de tumores con rayos X. Los "equipos" de estudiantes médicos y residentes "toman relevos" (en admisiones) y trabajan "en los servicios" de manera conjunta. Los mismos procesos psicológicos que se emplean para moldear a los hombres y mujeres que van a ser soldados se utilizan también en el entrenamiento médico. Además, dentro del entrenamiento médico existe una fuerte cadena jerárquica de posiciones directivas, turnos prolongados, uniformes y ejercicios repetitivos.

La **socialización** es el término que se emplea para describir el proceso por el cual los estudiantes de medicina acumulan gradualmente no sólo conocimientos médicos sino también la identidad profesional del médico. Los estudiantes son expuestos progresivamente a situaciones cada vez más tensionantes y se les confieren niveles cada vez mayores de responsabilidad en la escuela de medicina; dicho proceso continúa en la residencia y en el entrenamiento de especialidad. Stein sugiere que el entrenamiento médico utiliza la tensión que produce dicho entrenamiento y rituales como entrenamiento de CPR, el reporte matutino y las conferencias sobre casos para ayudar a forjar identidades profesionales. Este proceso incluye el adoctrinamiento de los estudiantes médicos con respecto a los valores en medicina. De este modo se crean ciertos límites; los médicos en entrenamiento aprenden a separar las tareas cognoscitivas (análisis de los síntomas del paciente y de sus antecedentes, construcción del diagnóstico diferencial) de la empatía hacia la situación en que se encuentra esa persona.

Un estudiante de medicina de tercer año en rotación de cirugía estaba de turno. Su equipo

había tenido mucho trabajo y él no había podido dormir durante 36 horas. Hacia el final del turno, el equipo fue solicitado para reanimar a dos pacientes de manera casi simultánea. Ambos intentos de reanimación fracasaron y los pacientes murieron. Se intentó el masaje intratorácico en el segundo paciente, una víctima de accidente automovilístico de 25 años. El estudiante de medicina había disfrutado trabajar con ese paciente; ahora tuvo que insertar su mano en la abertura del tórax y llevar a cabo compresiones cardiacas. Aunque inicialmente se sintió ansioso y con náusea por su papel en el procedimiento, repentinamente adquirió "insensibilidad" y se "sintió como si fuera un robot", según expresó posteriormente. Esta sensación persistió a lo largo del día. El equipo médico nunca discutió la muerte de esos pacientes y simplemente dijo "fue un día difícil. Vamos a casa a descansar porque mañana tendremos que hacer todo esto de nuevo".

El estudiante regresó a su departamento y continuó sintiéndose "extraño, como si estuviera en piloto automático" mientras preparaba algo para cenar y se disponía a dormir. Intentó mirar la televisión pero continuó sintiéndose emotivamente insensible. Al despertar a la mañana siguiente se sintió "casi normal". Sin embargo se sentía demasiado perturbado y apenado de revelar a cualquier otra persona de su equipo médico los extraños sentimientos que había tenido el día anterior.

Los estudiantes de medicina aprenden que la meta del médico es ser objetivo y con frecuencia se les advierte sobre el riesgo de involucrarse demasiado a nivel emotivo con los pacientes. En contraste, no se les advierte sobre el peligro de distanciarse demasiado de los pacientes y de sus propios sentimientos. El uso excesivo de mecanismos psicológicos para amortiguar las respuestas emotivas y la falta de oportunidad para discutir las tensiones quizá contribuyan a la elevada incidencia de depresión, uso de sustancias, divorcio y suicidio entre los médicos. Mientras la mayoría de los estudiantes se concentran en memorizar y acumular hechos, quizá un reto de igual importancia sea completar el entrenamiento médico manteniendo intacto los propios valores e identidad y aprender a equilibrar la objetividad con la compasión y la empatía hacia los pacientes, sus familiares, los colaboradores y uno mismo.

## CONCLUSION

La capacidad de conciencia personal, pensamiento consciente y lo complicado de los sistemas paralelos de pensamiento consciente e inconsciente y la manera en que se entremezclan constituye parte integral de la psicología humana. Los neurocientíficos, filósofos y profesionales de salud mental intentan comprender de qué manera el cerebro integra los pensamientos y las emociones. Sus investigaciones son estudiadas por científicos de computación y expertos en inteligencia artificial, quienes diseñan redes neurales que tal vez lleguen a simular la inteligencia humana. La complejidad del funcionamiento mental ilustrada por los fenómenos de disociación constituye un campo fértil tanto para apreciar el desarrollo de psicopatología como la riqueza del pensamiento y la experiencia de los seres humanos.

## REFERENCIAS


Cohen L, Belzoff J, Elin M: *Dissociative Identity Disorder.* 1996

Csikszentmihalyi M: Flow: the psychology of optimal experience. Harper & Row, 1990.

Damasio AR. Descartes' Error: Emotions, Reason and the Human Brain. Grosset/Putnam, 1994.

Escobar JI: Transcultural aspects of dissociative and somatoform disorders. Psychiatr Clin N Am 1995; 18(3): 555.

Flanagan O: C*onsciousness Rcconsidered.* MIT Press, 1992.

Goleman D: *Simple Lies, Vital Truths.* Touchstone, 1985.

Hilfiker D: Clinical detachment. Pages 120-131 in: *Healing the Wounds.* Pantheon Press, 1985. Hofstaeder D,

Dennett W: *The Mind's I: Fantasies and Reflections on Self and Soul.* Basic Books, 1981.

International Society for the Study of Dissociative Disorders. http://www.issd.org

Loewen J: *Lies My Teacher Told Me.* Touchstone, 1995.

Rosenfield I: The Strange, Familiar and Forgotten: An Anatomy of Consciousness. Knopf, 1992.

Schacter DL (editor): *Memory Distortion: How Minds, Brains, and Societies Reconstruct the Past.* Harvard University Press, 1995.

Speigel D: *Dissociation, Mind and Body.* American Psychiatric Press, 1994.

Stein H: Socialization and the process of becoming a physician. In: *American Medicine as Culture.* Westview Press, 1988.

van der Kolk BA: The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harvard Rev. Psychiatr 1994;Jan/Feb:253.

# Uso de sustancias 11

*Kalpana I. Nathan, MD, Roben P. Cabaj, MD y David Elkin, MD*

Tarde o temprano la mayoría de las personas usa por lo menos alguna sustancia psicoactiva como cafeína, nicotina o alcohol. Los usuarios de sustancias de este tipo suelen experimentar alguna consecuencia adversa de tipo temporal como resultado directo o indirecto de dicha sustancia. Estos problemas temporales no necesariamente constituyen un trastorno, y usualmente se aplican criterios bastante estrictos para llegar al diagnóstico de abuso, dependencia, supresión e intoxicación.

La dependencia de sustancias es uno de los principales problemas sociales y de salud a nivel mundial y es una enfermedad tratable que constituye uno de los retos más fuertes (y compensadores) dentro de la práctica de la medicina y la psiquiatría. Las actitudes personales de los profesionales médicos a menudo constituyen una barrera para el diagnóstico preciso del abuso de sustancias y para proporcionar un tratamiento humano y adecuado a los que padecen abuso de sustancias identificado. Todos los proveedores de salud tienen una actitud personal sobre el uso de sustancias de abuso, la cual quizá dependa de influencias familiares, creencias religiosas, creencias políticas, experiencia personal con amigos o miembros de la familia, la manera en que el propio individuo emplea el alcohol o las drogas o la experiencia clínica directa al trabajar con personas que abusan de sustancias. Los proveedores médicos deben vencer esta actitud personal para proporcionar cuidados éticos de la más alta calidad a quienes abusan de sustancias.

Es preciso que los proveedores comprendan dos conceptos clave para ofrecer este tipo de cuidados. En primer lugar, el abuso de sustancias realmente es una enfermedad igual que la diabetes o cualquier otra afección médica. Segundo, algunas intervenciones de tratamiento para abuso de sustancias tienen éxito mientras otras fallan.

El *DSM-IV* define los **trastornos relacionados con uso de sustancias** como aquellos que se relacionan con el consumo de drogas de abuso, con los efectos secundarios de los medicamentos y con la exposición a sustancias tóxicas. El cuadro 11-1 es un resumen de la clasificación de los trastornos que acompañan al uso de sustancias. Los cuadros 11-2 y 11-3 incluyen los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para **abuso de sustancias y dependencia de sustancias.**

Las sustancias de abuso probable se clasifican en las 11 categorías siguientes:

- alcohol,
- anfetaminas y otros simpatomiméticos (estimulantes),
- cafeína,
- marihuana,
- cocaína,
- alucinógenos,
- inhalantes,
- nicotina,
- opioides,
- fenciclidina y arilciclohexilaminas de acción similar, y
- sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

## INCIDENCIA

En una encuesta realizada en 1991 por el *National Institute of Drug Abuse* (Instituto Nacional de Abuso de Drogas), el estudio más extenso sobre uso de sustancias hasta esa fecha, se reportaron las siguientes estadísticas para la población estadounidense de "18 años y más".

- prevalencia durante toda la vida del diagnóstico de abuso o dependencia: 16.7%,
- prevalencia durante toda la vida de abuso de alcohol o dependencia: 13.8%,
- prevalencia durante toda la vida de abuso no alcohólico o dependencia: 6.2%
- uso de una o más sustancias ilícitas en el curso de la vida: 37%,
- uso de sustancias ilícitas en el último año: 13%,

**Cuadro 11-1. Trastornos relacionados con el uso de sustancias**

**Trastornos del uso de sustancias**
- Abuso de sustancias
- Dependencia de sustancias

**Trastornos inducidos por sustancias**
- Intoxicación con sustancias
- Supresión de sustancias
- Delirio inducido por sustancias
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias
- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastornos de ansiedad inducido por sustancias
- Disfunción sexual inducida por sustancias
- Trastornos del sueño inducidos por sustancias

- uso de sustancias ilícitas en el último mes: 6%,
- uso de alcohol durante toda la vida: 85%,
- uso de alcohol en el último mes: 51%,
- uso de marihuana durante toda la vida (12 años de edad o más): 33%,
- uso actual de marihuana: 5 %,
- uso de sedantes hipnóticos y otros agentes ansiolíticos durante toda la vida: 12.5%,
- uso de sedantes hipnóticos o agentes ansiolíticos en el último mes: 1.6%,
- uso de cocaína durante toda la vida: 11.5%,
- uso de cocaína en el último mes: 0.9%,
- uso de alucinógenos, inhalantes y heroína durante toda la vida: < 9%,

**Cuadro 11 -2. Criterios *DSM-IV* para el abuso de sustancias**

A. Patrón maladaptativo de uso de sustancias que conduce a afectación o sufrimiento clínicamente significativo, y en el que se produce uno o más de los siguientes factores en un periodo de 12 meses:
- Uso recurrente de sustancias que resulta en incapacidad para cumplir las principales obligaciones en trabajo, hogar o escuela
- Uso recurrente de sustancias en situaciones en que es físicamente riesgoso
- Problemas legales recurrentes relacionados con el uso de sustancias
- Continuación del uso de sustancias a pesar de problemas persistentes y recurrentes de tipo social o interpersonal a causa de los efectos de la sustancia

B. Los síntomas no cumplen con los criterios de dependencia

**Cuadro 11-3. Criterio *DSM-IV para* dependencia de sustancias**

A. Patrón maladaptativo de uso de sustancias que conduce a afectación o sufrimiento clínicamente significativos, y en el cual se producen tres o más de los siguientes factores en un periodo de 12 meses:
- Tolerancia
- Supresión
- La sustancia se toma en mayores cantidades o en un periodo más prolongado del intencional
- Deseo persistente o esfuerzo sin éxito para reducir el uso
- Se dedica mucho tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia
- Se dejan de realizar actividades importantes de tipo social, ocupacional o recreativo para obtener o usar la sustancia

B. El uso de sustancia se continúa a pesar de que se sabe que se padece un problema físico o psicológico persistente que es exacerbado por dicha sustancia

- uso de alucinógenos, inhalantes y heroína en el último mes: < 1%.

La *National Household Survey on Drug* (Encuesta doméstica a nivel nacional sobre abuso de drogas) de 1995 calculaba que 12.8 millones de estadounidenses eran usuarios de drogas ilícitas (es decir, habían empleado alguna droga ilícita en el mes anterior a la entrevista). Esta estadística representó al 6.1% de la población de 12 años o más. La marihuana es la droga ilícita que se usa con mayor frecuencia y es empleada por 77% de los usuarios de drogas ilícitas en la actualidad. De los estadounidenses de 12 años de edad o más, 111 millones habían usado alcohol en el último mes (52% de la población). Cerca de 32 millones bebieron de manera excesiva (definida como el consumo de cinco bebidas o más por lo menos en una ocasión en el último mes), y aproximadamente 11 millones bebían en exceso (definido como beber cinco o más bebidas en cada ocasión en cinco o más días en los últimos 30 días). En 1995 se estimó que 61 millones de estadounidenses fumaban cigarrillos (29% de la población). De los fumadores de 1995, 12.6% bebían en exceso y 13.6% eran usuarios de drogas ilícitas, mientras que de las personas que no fumaban, 2.7% eran bebedores fuertes y 3 % eran usuarios de drogas ilícitas.

El costo para la sociedad del uso de alcohol y drogas, incluyendo tabaco, se estimó de manera conservadora como en 166 000 millones de dólares anualmente en 1991. El impacto económico del uso de sustancias se basa en consideración de: 1) costo de las

salas de urgencias y de otros servicios médicos directos, 2) pérdida de productividad, 3) comportamiento delictivo y 4) aumento de incidencia de infección de HIV y SIDA. Además se ha estimado que el alcohol contribuye a la mitad de los SO 000 accidentes mortales en vehículos motorizados en Estados Unidos anualmente y a cientos, de miles de accidentes de tipo no mortal. El costo del uso de sustancias entre pacientes con *Medicaid* (seguro médico federal para personas pobres) constituye casi el 20% del presupuesto médico para pacientes internos del programa *Medicaid.*

## CAUSAS

### Factores biológicos

Las sustancias adictivas estimulan la **vía de recompensa neural,** la cual activa la región limbocortical del cerebro que, a su vez, regula las emociones y comportamientos fundamentales. La activación de la vía de recompensa a través de comportamientos tan diversos como alimentación y copulación confirieron una ventaja de supervivencia a lo largo de la evolución. En la actualidad persisten las mismas estructuras y constituyen la base fisiológica para la percepción subjetiva del placer. Las sustancias de abuso estimulan estas vías de recompensa instigando así a los seres humanos y a los animales a sacrificar otros placeres o tolerar el dolor para asegurar que la sustancia sea administrada en la máxima cantidad posible. El abuso y la dependencia de sustancias tienen sus raíces en la neurobiología normal de refuerzo. La magnitud del refuerzo varía entre las diferentes drogas adictivas y se correlaciona directamente con la cantidad de droga que llega al cerebro y con la velocidad a que se eleva la concentración de la misma.

La evidencia indica que la genética desempeña cierto papel en el alcoholismo. Los estudios de alcoholismo en las familias indican de manera consistente tasas más elevadas del trastorno entre los parientes de primer grado de individuos con dependencia del alcohol. El 25% de los padres y hermanos de alcohólicos llegan a depender del alcohol. En comparación con los sujetos control, los parientes de alcohólicos tienen más posibilidades de presentar depresión, comportamiento delictivo y trastorno de personalidad antisocial. Los gemelos monocigotos tienen una tasa de concordancia más alta para alcoholismo que los gemelos dicigotos. Los estudios de adopción indican que los parientes biológicos de personas que consumen alcohol tienen probabilidad significativamente más alta de llegar a ser dependientes del alcohol que los parientes de los adoptados de control.

### Factores ambientales y sociales

Los individuos también se ven influidos por factores sociales y ambientales de tipo múltiple que desempeñan un papel importante en el desarrollo de la dependencia. Tal parece que los rasgos de personalidad del individuo también Son importantes. Aunque no existen patrones de personalidad definitivos que predigan el abuso de sustancias, ciertos trastornos de la personalidad, como trastorno de personalidad antisocial, tienen más probabilidades de estar asociados con dependencia de sustancias.

En las primeras etapas de uso, las personas que experimentan o los usuarios casuales que llegan a desarrollar dependencia de sustancias en general no se diferencian de sus compañeros con respecto al tipo y frecuencia del uso de sustancias. Las drogas más económicas y de más fácil acceso como alcohol, nicotina y marihuana se consideran como **drogas umbrales,** y el uso de las mismas a menudo conduce a experimentación con otras drogas ilícitas. El inicio temprano o uso regular de drogas umbrales y la evidencia temprana de comportamiento agresivo, pleitos intrafamiliares y asociación con compañeros que usan sustancias contribuyen al uso continuo de sustancias y lo predicen, igual que el desarrollo subsecuente de abuso y dependencia.

## TRATAMIENTO DE TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS

El tratamiento de la dependencia de sustancias incluye una fase de valoración, el tratamiento de la intoxicación y la supresión en caso necesario, y el desarrollo e implantación de una estrategia general de tratamiento. La valoración incluye los siguientes elementos:

- antecedentes detallados del uso de sustancias anterior y actual del paciente y su efecto sobre el funcionamiento cognoscitivo, psicológico, de comportamiento y fisiológico;
- antecedentes clínicos generales y psiquiátricos, y examen;
- antecedentes de tratamientos psiquiátricos previos y resultados;
- antecedentes familiares y sociales;
- detección en sangre, aliento u orina de abuso de sustancias;
- otras pruebas de laboratorio que ayudan a confirmar la presencia o ausencia de afecciones comórbidas frecuentemente asociadas con trastornos por uso de sustancias (como enfermedad por HIV, hepatitis y tuberculosis).

Los trastornos por uso de sustancias afectan diversas áreas del funcionamiento del individuo y con frecuencia requieren tratamiento que incorpore intervenciones biológicas, psicológicas y sociales. Las metas del tratamiento incluyen reducción del uso y del

efecto de las sustancias o lograr la abstinencia, reducción de la gravedad y frecuencia de las recidivas, reducción de la morbilidad y las secuelas de los trastornos por uso de sustancias y mejoría del funcionamiento psicológico y social.

La desintoxicación desempeña un papel clave en la estabilización temprana, pero no es eficaz por sí sola para mantener la abstinencia. El factor interno clave para la recuperación es la motivación y el factor externo más significativo es la estructura. El término **recuperación** especifica que además de abstinencia de drogas y alcohol, se produce un cambio considerable de comportamiento, pensamientos y sentimientos, mientras que la recuperación temprana se enfoca en la abstinencia, la prevención de recidivas constituye el meollo de la intervención de tratamiento por dependencia de sustancias.

Las técnicas para evitar recidivas ayudan al individuo a desarrollar nuevas estrategias de adaptación a la tensión y a cultivar nuevas actividades que no incluyan el uso de sustancias. Los **modelos** de tratamiento tradicional de 12 **pasos** son programas estructurados que motivan al paciente a buscar la abstinencia. Desde que se inició la epidemia de SIDA, el **modelo de** reducción **de daño** ha sido muy empleado. El objetivo de este método es iniciar el tratamiento en el nivel en el que el paciente emplea sustancias en ese momento y luchar por una disminución de daños futuros para él mismo y la sociedad. Aunque la abstinencia es la meta a largo plazo y sigue siendo el fundamento de los trabajos terapéuticos continuos, el modelo de reducción de daño tiene en cuenta que los pacientes necesitan distintos tipos de ayuda dependiendo del sitio del ciclo de cambio en que se encuentren, como se describe más adelante.

El **modelo** de etapas de **cambio** fue popularizado por Prochaska y DiClemete. Según este modelo, hay cinco etapa de cambio:

1. precontemplación,
2. contemplación,
3. determinación,
4. acción,
5. mantenimiento.

En la etapa de **precontemplación,** la persona no está consciente de que tiene un problema relacionado con el uso de sustancias y no considera introducir ningún cambio; en la etapa de **contemplación,** la persona comienza a reconocer que tiene un problema, pero se siente ambivalente con respecto a cualquier cambio; en la fase de **determinación** ha ocurrido algo, generalmente una crisis de algún tipo, que inclina la balanza a favor del cambio; esto conduce a la etapa de acción en donde existe tratamiento activo; la etapa de **mantenimiento** favorece la prevención de recidivas.

Puesto que la recuperación es un proceso, las recidivas también lo son. Es de ayuda considerar la recidiva como algo que se encuentra a un paso más cerca de la recuperación y no como un proceso negativo. En el cuadro 11-4 se mencionan diversas intervenciones que los médicos emplean. El primer grupo de intervenciones son de ayuda; el segundo grupo debe evitarse.

Muchos pacientes que usan sustancias, abusan de ellas o son dependientes, quizá presenten diagnósticos psiquiátricos concurrentes y se les da el nombre de **pacientes de diagnóstico dual.** Aunque un persona con trastorno por uso de sustancias y trastorno de personalidad debe considerarse como paciente de diag-

**Cuadro 11-4. Guías de intervención para tratar a personas con trastornos relacionados con el uso de sustancias**

**El proveedor de cuidados debe**

- Alentar la expresión constructiva de sentimientos y escuchar
- Expresar preocupación y empatía hacia el individuo
- Asegurarse de que los comportamientos negativos tengan consecuencias consistentes
- Estar consciente de sus limitaciones personales como profesional, y no intentar "resolver todos los problemas de la persona"
- Hacer que el individuo se sienta responsable de sus propias acciones
- Hablar con el individuo sobre acciones específicas que resulten perturbadoras o alteradoras
- Vigilar sus propias reacciones personales ante el comportamiento del paciente por su posible interferencia con la relación de tratamiento
- Comunicar el plan de acción a todo el personal

**El proveedor de cuidados no debe**

- Minimizar o evitar hablar acerca del abuso o de sus resultados
- Evitar confrontaciones
- Comprometer sus valores o expectativas personales
- Elaborar excusas para que continúe el uso de drogas o alcohol
- Impedir que el paciente perciba los resultados de su adicción
- Intentar "proteger" al paciente del alcohol o de las drogas
- Considerar el alcoholismo o la adicción como una debilidad y no como una enfermedad
- Intentar encontrar la causa esperando que la enfermedad desaparezca cuando se determine qué la ocasiona
- Alentar el uso de "la voluntad" u otro tipo de "curas" simplificadas de manera excesiva
- Expresar ira, frustración, desilusión o culpar al paciente que continúa usando drogas o alcohol
- Revelar datos del paciente a otras personas a nivel de chisme

nóstico dual, el término usualmente se aplica a personas que presentan trastorno por uso de sustancias y alguna enfermedad psiquiátrica grave del eje I, como esquizofrenia o depresión grave. El diagnóstico preciso es difícil pero crucial para la mejor planeación del tratamiento. Aunque aún se debate fuertemente cuál es el mejor método para tratar a los pacientes de diagnóstico dual, parece evidente que es necesario tratar el uso de sustancias y la enfermedad mental simultáneamente enfocándose primero en alguno de ellos si interfiere con el tratamiento del otro. Por ejemplo, una persona con esquizofrenia y que use cocaína quizá sufra alucinaciones auditivas intensas y se encuentra muy paranoico y sospechoso. Si no se intenta intervenir en el uso de cocaína es poco probable que él llegue a confiar en el proveedor de cuidados lo suficiente como para emplear medicamentos antipsicóticos y la eficacia de los medicamentos se verá minada a consecuencia del uso de cocaína.

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial entre ansiedad, depresión y psicosis y los efectos de la intoxicación y la supresión de una sustancia es muy difícil. En general, sin antecedentes claros o fundamentados de algún trastorno grave del estado de ánimo, una afección con rasgos psicóticos o algún trastorno de ansiedad grave, es imposible realizar uní diagnóstico definitivo cuando existe uso o abuso actúalo reciente y fuerte de drogas o alcohol. Lo ideal es que el paciente esté libre de drogas y alcohol por un mínimo de dos semanas para poder atribuir los síntomas a alguna enfermedad mental y no a los efectos de la sustancia. Los antecedentes de afecciones psiquiátricas y tratamientos pasados, y los antecedentes familiares de enfermedad mental ayudan al médico a efectuar un diagnóstico preciso pero, de nuevo, el uso reciente o activo de sustancias impide efectuar un diagnóstico conclusivo de enfermedad mental. El diagnóstico de trabajo ayuda a dar forma al tratamiento, pero el proveedor debe aguardar hasta que el paciente esté limpio y sobrio o haya reducido de manera drástica el uso de drogas o alcohol para determinar un diagnóstico válido.

Aunque es difícil diagnosticarla, en caso de que se descubra alguna enfermedad mental grave concomitante que responda a la psicofarmacología, conviene dar tratamiento con medicamentos. Es recomendable evitar aquellos medicamentos que puedan ser de abuso o inducir al enfermo a beber de nuevo, como las benzodiacepinas o diversos psicoestimulantes, o emplearlos únicamente con cautela y bajo estricta vigilancia; los demás medicamentos psicotrópicos son seguros y fundamentales para tratar con éxito el abuso de sustancias y la enfermedad mental.

## ASPECTOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS ESPECIFICAS

En las siguientes secciones se describen los distintos tipos de uso de sustancias, incluyendo alcohol, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; estimulantes como cocaína y metanfetaminas; opioides; alucinógenos; fenciclidinas; inhalantes; cafeína; marihuana y nicotina.

## ALCOHOL

El consumo de alcohol es común a nivel mundial. En Estados Unidos, 90% de todos los adultos bebe alcohol, más de 40% de hombres y mujeres presenta problemas temporales inducidos por el alcohol y 10% de los varones y de 3 a 5% de las mujeres desarrollan problemas persistentes y amplios relacionados con el alcohol (dependencia). El individuo típico con problema de uso de alcohol tiene familia y trabajo y sólo 5 % de los individuos dependientes del alcohol cae en el estereotipo de borracho perdido.

### Biología

El (desarrollo de tolerancia al alcohol ilustra los componentes biológicos y genéticos de la enfermedad del **alcoholismo.** En la figura 11-1 se muestra el desarrollo de tolerancia al alcohol en la persona destinada a transformarse en alcohólica. El bebedor social, es decir aquel que no desarrolla dependencia ni abuso del alcohol, aprende a tolerar el alcohol y después se nivela a algún nivel de tolerancia idiosincrático a lo largo de su vida; determinado número de bebidas le producen un efecto específico y deseable; beber más de eso le ocasiona intoxicación 6 efectos desagradables.

El alcohólico potencial comienza del mismo modo, aprende a tolerar los efectos del alcohol y alcanza determinado nivel hasta aproximadamente 10 años tras la exposición regular al alcohol, que no necesariamente es cotidiana. En ese punto, la persona comienza a necesitar cada vez más alcohol para lograr el efecto deseado y su tolerancia aumenta. El alcohólico puede tolerar grandes cantidades de alcohol y en consecuencia alcanzar niveles de alcohol en sangre que serían mortales para una persona no alcohólica. Normalmente el hígado depura una bebida en una hora. Conforme el hígado se deteriora a consecuencia de la exposición al alcohol, este último ya no es procesado con tanta rapidez. En consecuencia, la tolerancia disminuye conforme la enfermedad hepática progresa; quedan mayores cantidades de alcohol en el torrente sanguíneo por periodos más prolongados y la persona no necesita beber tanto. Una vez que la tolerancia comienza a

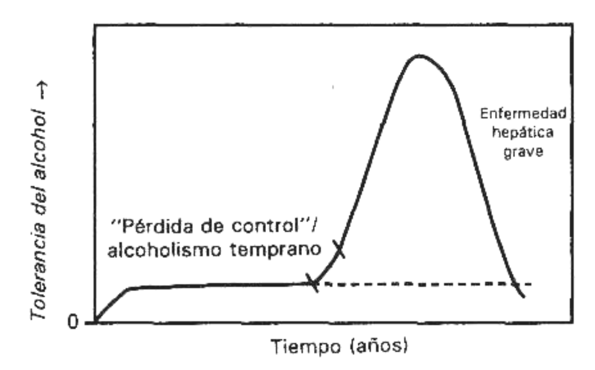



**Fig. 11-1.** Desarrollo de tolerancia al alcohol con el transcurso del tiempo. La línea continua es el curso que sigue el alcohólico; la línea punteada es el curso que sigue el bebedor social. La curva indica el número de bebidas necesarias para sentir el mismo efecto del alcohol con el transcurso del tiempo y difiere para cada individuo.

aumentar, permanece a niveles altos hasta que el paciente desarrolla insuficiencia hepática. Cuando una persona que ha dejado de beber recae, su tolerancia se encontrará al mismo nivel que tenía* cuando dejó de beber.

## Detección y valoración

La mayoría de las personas responde a la pregunta "¿bebe usted alcohol?" con la respuesta, "sí, en situaciones sociales". Es conveniente formular dos preguntas de seguimiento: "¿ha tenido alguna vez problemas por su consumo de alcohol?" y "¿cuándo bebió alcohol por última vez?" Si contesta que consumió alcohol en las últimas 24 horas, esto constituye una "banderilla roja" que indica la necesidad de una evaluación más amplia. El cuestionario CAGE también es de utilidad para identificar a aquellos individuos que abusan del alcohol o dependen de él:

- ¿Ha intentado alguna vez reducir *(cut down)* la cantidad de alcohol que consume?
- ¿Se ha sentido molesto *(annoyed)* por los comentarios de otras personas con respecto a la forma en que usted bebe?
- ¿Se ha sentido alguna vez culpable *(guilty)* o preocupado por la manera en que bebe?
- ¿Ha necesitado alguna vez una bebida para nivelar se por la mañana *(eye-opener)?*

Dos respuestas positivas indican posible alcoholismo y deben alertar al médico sobre la necesidad de un seguimiento más amplio y posible intervención. La prueba AUDIT (siglas del inglés *Alcohol Use Disorder Identification Test*—Prueba para Identificar Trastornos por Uso de Alcohol) desarrollada por MJ Bohn y colaboradores es una herramienta de detección de uso de alcohol que también ilustra algunos de los síntomas físicos o rasgos del uso o abuso del alcohol que deben investigarse en el examen físico y el examen del organismo. Estos síntomas físicos incluyen lesiones en la cabeza después de los 18 años, huesos rotos a partir de los 18 años, conjuntivas inyectadas (p. ej., enrojecimiento por aumento de tamaño de los vasos sanguíneos), temblor de manos, temblor de lengua, hepatomegalia o valor de GGT alto (prueba enzimática sanguínea del funcionamiento hepático; este valor se encuentra alto en pacientes que padecen hepatitis por cualquier causa, incluyendo uso de alcohol).

## Efectos clínicos

Los efectos clínicos del alcohol dependen en parte de la cantidad de alcohol etílico o etanol consumido por unidad de peso del cuerpo. En general, 340 mi (12 oz) de cerveza, 115 mi (4 oz) de vino no fortificado y 43 mi (1.5 oz) de cualquier bebida de 80 grados (con 40% de alcohol en volumen) contienen aproximadamente 10 g de etanol cada uno; una pinta (430 ml) de cualquier bebida de 80 grados contiene aproximadamente 160 ml, y un litro de vino contiene 80 g de etanol. En Estados Unidos la intoxicación legal consiste en nivel de alcohol en sangre de por lo menos 80 a 100 mg/dl (0.1 g/dl), aunque se observan cambios de comportamiento, psicomotores y cognoscitivos a niveles de tan sólo 20 a 30 mg/dl (tras consumir una o dos bebidas).

La característica fundamental de la intoxicación alcohólica es la presencia de comportamiento significativo de mala adaptación o cambios psicológicos que se desarrollan durante o poco después de la ingestión de alcohol. Además, en ocasiones se observa alguno de los siguientes signos y síntomas.

- habla ininteligible,
- falta de coordinación,
- marcha inestable,
- nistagmo (oscilación rítmica de los movimientos oculares),
- afectaciones de la atención o memoria,
- estupor o coma.

La **intoxicación patológica** se caracteriza por un estado excitado, combativo y psicótico en el individuo susceptible tras el consumo mínimo de alcohol. El paciente intoxicado beligerante debe ser valorado para determinar su potencial de violencia. Quizá se requiera administrar benzodiacepinas y antipsicóticos a dosis bajas para el control de la agitación en aumento.

El síndrome de supresión alcohólica consta de dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- hiperactividad autónoma,
- temblor de manos,
- insomnio,
- náusea o vómito,
- alucinaciones transitorias de tipo visual, táctil o auditivo,
- agitación psicomotora,
- ansiedad,
- convulsiones de gran mal.

La primera etapa de supresión se produce de seis a ocho horas tras descontinuar el consumo de alcohol. Los signos incluyen temblores leves, nerviosismo y náusea ocasional. La segunda etapa se inicia aproximadamente 24 horas después, pero puede tardar hasta ocho días en aparecer. En ella Se observan temblores notables, hiperactividad, insomnio, pesadillas y alucinaciones. El inicio de la tercera etapa puede darse de 12 a 48 horas después y se caracteriza por la aparición de convulsiones de gran mal. Se reporta que del 3 al 5 % de los pacientes sin tratamiento progresan hasta la tercera etapa.

La cuarta y más grave etapa del síndrome se denomina **delirium tremens** (DT). Esta se produce de tres a cinco días tras la abstinencia y en ocasiones hasta 10 o 12 días después de la misma. Los síntomas son similares a los de otras etapas, pero más graves. Las características esenciales del delirio son disminución de la capacidad para conservar la atención o desplazamiento de la atención de manera inadecuada a nuevos estímulos externos y pensamiento desorganizado como se manifiesta por el habla irrelevante, incoherente o sin coordinación. Las alucinaciones vividas son frecuentes. También se observan cambios fisiológicos como taquicardia, hipertermia (aumento de la temperatura corporal), hiperventilación, sudación y diarrea que da lugar a pérdidas de líquidos. Se observa una tasa de mortalidad de 5 a 15% por colapso vascular.

## Tratamiento

Las benzodiacepinas son el tratamiento de elección para supresión alcohólica aguda. Están dirigidas a los síntomas de ansiedad e hiperactividad autónoma y, lo más importante, aumentan el umbral convulsivo. También son de inicio rápido, su acción tiene duración moderada y poseen propiedades anticonvulsivas capaces de inducir un estado de calma sin provocar depresión respiratoria. En personas con hepatitis se prefiere el loracepam al clordiacepóxido porque no ingresa al hígado y por lo tanto tiene menos toxicidad hepática y menos probabilidad de producir niveles farmacológicos tóxicos. Los suplementos nutricionales consisten en 100 mg de tiamina por vía oral o intramuscular a diario, una tableta de multivitamina oral a diario y 1 mg de folato oral a diario. Otras medidas de apoyo como el suministro de alimentos adecuados e hidratación son de ayuda.

En la mayoría de los casos de supresión alcohólica no se producen efectos secundarios y probablemente no se requiere intervención con medicamentos. Se ha observado que el tratamiento individual de los síntomas es más eficaz que administrar benzodiacepinas a intervalos regulares. Esto significa que la desintoxicación se lleva a cabo dando tratamiento a los síntomas como aumento de la presión arterial, aumento de la frecuencia cardiaca, etcétera. En el cuadro 11-5 se resumen las opciones farmacológicas para tratar la supresión alcohólica y la dependencia.

Alcohólicos Anónimos (AA) es un grupo de autoayuda fundado en 1935 que ha continuado ofreciendo apoyo y ayuda a miles de pacientes. AA es un programa espiritual que ayuda a sus miembros a alcanzar la sobriedad prestando apoyo en medios organizados. Estos programas se basan en un modelo de 12 pasos que incluye adherirse a una serie de principios fundamentales. El primero de estos principios es que el paciente admita que no puede controlar su uso de sustancias. Es un requisito tener el deseo de dejar de beber, no necesariamente alcanzar la sobriedad. Los individuos obtienen apoyo de las juntas y se les asigna un padrino con quien pueden ponerse en contacto cuando los abruma el deseo de beber. Aunque AA no es un grupo religioso, existen grupos de autoayuda alternos como *Rational Recovery* para otros que prefieran grupos no espirituales. Otros grupos de apoyo para miembros de familias de individuos con dependencia de alcohol, como Al-Anon (para los cónyuges), Alateen (para adolescentes e hijos de alcohólicos) y ACÁ (para hijos adultos de alcohólicos), ayudan a que los miembros de la familia eviten comportamientos facilitadores y cuiden de sí mismos sin importar que la persona amada esté o no bebiendo.

Aunque la abstinencia siempre constituye una meta a largo plazo, los médicos deben dar apoyo y orientación a los pacientes conforme progresen a través de las diferentes etapas de cambio hacia esta meta. Esto es particularmente importante en personas con enfermedades médicas o psiquiátricas, además de la dependencia de las drogas.

Teodoro S, de 42 años, fue llevado a la sala de urgencias por la policía cuando sus vecinos se comunicaron al número telefónico de ésta para pedir ayuda de urgencia (911). Tenía prolongados antecedentes de dependencia del alcohol y su problema se complicó por el hecho de que padecía SIDA y tenía dificultad para cumplir con sus citas médicas. Usualmente consumía casi medio litro pinta de vodka al día y a menudo se le encontraba incoherente y en estado desarreglado en su apartamento en desorden. Su

**Cuadro 11-5. Tratamiento farmacológico de la supresión y la dependencia alcohólicas**

| *Supresión alcohólica* | | | |
|---|---|---|---|
| *Medicamento* | *Parámetros* | *Dosis* | *Efectos o limitaciones* |
| Benzodiacepinas | Presión sistólica (PS) > 170 Presión diastólíca (PD) > 100 Pulso > 100 *Clinical Institute Withdrawal Assessment* (Valoración de Supresión del Instituto Clínico) (CIWA) > 8 | | |
| Clordiacepóxido | | 25-100 mg por vía oral cada 1 -2 horas según se necesite (cuando el funcionamiento hepático no está afectado); dosis diaria máxima de 600 mg | |
| Loracepam | | 1 -2 mg por vía oral cada 1 -2 horas según se necesite (cuando el funcionamiento hepático esté afectado); dosis diaria máxima de 8 mg | |
| *Dependencia del alcohol* | | | |
| *Medicamento* | *Acción* | *Dosis y eficacia* | *Comentarios* |
| Disulfiram | El disulfiram inhibe a la enzima deshidrogenasa de aldehído, la cual participa en la descomposición del etanol | 250 mg/día para mantenimiento; estudios controlados de tipo aleatorio han demostrado resultados mixtos sobre la eficacia de este fármaco | Los efectos secundarios incluyen enrojecimiento facial, taquicardia, hipotensión, náusea y vómito e incomodidad física. Ocasionalmente se ha reportado dolor en el tórax, convulsiones, disfunción hepática, depresión respiratoria, depresión, arritmias cardiacas, infarto del miocardio e inclusive la muerte |
| Naltrexona | La naltrexona es un antagonista opioide. Se cree que el alcohol aumenta la actividad endógena de los opioides y que quizá la activación de receptores opioides participe en reforzar las propiedades del alcohol | Las pruebas clínicas han demostrado que la dosis de 50 mg una vez al día produce menores tasas de recidiva, menor cantidad de días en que la persona bebe y menor deseo del alcohol | La naltrexona fue aprobada desde hace tiempo para el tratamiento de la dependencia de opioides, pero casi nunca se usa para este fin. |

madre le había costeado el tratamiento en diversos programas de calidad, pero el Sr. S generalmente se salía de estos programas de manera prematura.

Fue ingresado a la unidad de desintoxicación, en donde la meta fue reducir su uso de alcohol, de modo que pudiese cuidar de sí mismo y asistir a sus citas médicas. Aunque tarde o temprano la meta era la abstinencia, no se planteó de manera agresiva en primer lugar. Este método de tipo más gradual era para él, así que estuvo de acuerdo en asistir a un programa de tratamiento residencial tras terminar la desintoxicación. El Sr. S permaneció en el programa

residencial varios días antes de dejarlo y dejó la unidad de desintoxicación en varias ocasiones. Había reducido su consumo total de alcohol, presentaba algunos periodos de sobriedad y ya no presentaba desmayos, por lo que le fue posible dar seguimiento a sus cuidados médicos. El Sr. S continuó recibiendo apoyo de la trabajadora social y el internista para reducir aún más su consumo de alcohol.

**Diagnóstico.** Dependencia alcohólica (eje I); SIDA (eje III).

## SEDANTES, HIPNOTICOS Y ANSIOLITICOS

Las sustancias bajo el encabezado de **sedantes, hipnóticos y ansiolíticos** incluyen benzodiacepinas, carbamatos (p. ej., glutetimida, meprobamato), barbituratos (p. ej., secobarbital) e hipnóticos similares a barbituratos (p. ej., metacualona). Estas sustancias reducen la ansiedad, pero son depresivos como el alcohol y es posible que las personas abusen de ellas por su inicio rápido de acción.

### Biología

El primer barbiturato, el barbital, fue introducido en 1903. Las benzodiacepinas fueron introducidas en la década de 1960 y son muy empleadas por su relativo margen de seguridad en comparación con otros hipnóticos sedantes. Fueron consideradas como cura milagrosa para muchas afecciones en la década de 1970, época en la cual no se conocía su potencial adictivo. Actualmente continúan siendo de los medicamentos que más se prescriben en Estados Unidos.

El factor más significativo de riesgo de abuso de hipnóticos sedantes es el trastorno de alcoholismo o drogadicción concurrente. Los personas con antecedentes de este tipo de afecciones también son vulnerablues al abuso de medicamentos que producen euforia. El médico debe ser cauteloso al recetarles medicamentos con potencial adictivo, aunque no debe evitar aquellos que puedan constituir un tratamiento adecuado de la ansiedad aguda.

### Efectos clínicos

La intoxicación con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos produce comportamiento mal adaptado y clínicamente significativo, como comportamiento sexual inadecuado o comportamiento agresivo, labilidad del estado de ánimo, afectación del criterio o afectación del funcionamiento sexual. Suelen observarse uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- habla ininteligible,
- falta de coordinación,
- marcha inestable,
- nistagmo,
- afectación de la atención o deja memoria,
- estupor o. coma.

La supresión de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos ocurre cuando se dejan de ingerir dosis significativas de estas sustancias y se han tomado por un periodo largo. Por ejemplo, una dosis de aproximadamente 40 mg/día de diacepam produce síntomas significativos de supresión, mientras que una dosis de 100 mg/día resulta en convulsiones por supresión o delirio. Pueden observarse dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- hiperactividad autonómica,
- aumento del temblor de manos,
- insomnio,
- náusea o vómito,
- alucinaciones transitorias de tipo visual, táctil o auditivo,
- agitación psicomotora,
- ansiedad,
- convulsiones de gran mal.

### Tratamiento

La desintoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos se logra reduciendo gradualmente la sustancia en sí, o mediante terapia de sustitución en la cual la sustancia de abuso es reemplazada por una sustancia de tolerancia cruzada y de acción más perdurable que posteriormente se retira poco a poco durante determinado periodo. En el cuadro 11-6 se ilustra un protocolo de sustitución de fenobarbital, que puede emplearse para desintoxicación dé sedantes hipnóticos o ansiolíticos.

La cantidad diaria total de dosis equivalente de fenobarbital se determina y se administra en dosis divididas usualmente cada cuatro horas, hasta un total de 300 mg/24 horas. Se vigila al paciente para detectar evidencia de intoxicación. Una vez que se encuentra psicológicamente estabilizado, se comienza a disminuir la dosis de 30 á 60 mg/día y más gradualmente hacia el final del proceso de desintoxicación. Mientras se reduce la dosis de benzodiacepinas, es de ayuda agregar medicamentos anticonvulsivos, cómo carbamacepina o ácido valproico para lograr un proceso de desintoxicación más rápido.

Las personas dependientes de benzodiacepinas pueden ser difíciles de tratar. Suelen tener buena instrucción, conocer muy bien la terminología médica y posiblemente trabajen en la industria de cuidados de la salud. Solicitan tratamiento para el problema con frecuencia cuando pierden su fuente de benzodiacepinas por algún motivo, por ejemplo cuando su médico

**Cuadro 11-6. Protocolo de sustitución de fenobarbital para desintoxicación de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos**

| *Droga de abuso* | *Dosis equivalente a 30 mg de fenobarbital* |
|---|---|
| **Barbituratos** | |
| Amobarbital | 100 |
| Butobarbital | 50 |
| Pentobarbital | 100 |
| Secobarbital | 100 |
| **Otros hipnóticos-sedantes** | |
| Hidrato de doral | 500 |
| Etclorvinol | 350 |
| Glutetimida | 30 |
| Meprobamato | 400 |
| Metiprilon | 300 |
| **Benzodiacepinas** | |
| Alprazolam | 1 |
| Clordiacépoxido | 25 |
| Clonacepam | 2 |
| Cloracepato | 15 |
| Diacepam | 10 |
| Fluracepam | 30 |
| Loracepam | 1 |
| Oxacepam | 30 |
| Temacepam | 30 |
| Triazolam | 1 |

se cambia a otra ciudad o decide dejar de recetarles ese medicamento.

Nunca se debe mantener a los pacientes con benzodiacepinas a largo plazo. Estos fármacos son útiles para el tratamiento a corto plazo de ansiedad, agitación e insomnio y son muy empleados en el medio de pacientes internos en etapa aguda para agitación grave, pero se dispone de diversas sustancias adicionales para el tratamiento de trastornos de ansiedad y del sueño en el medio de pacientes externos. El médico siempre debe informar al paciente que corre el riesgo de desarrollar dependencia de las benzodiacepinas cuando estas sustancias se emplean por más de algunas semanas.

Juanita N, una mujer de 35 años, se presentó a los servicios psiquiátricos de urgencia para solicitar ayuda por supresión alcohólica. Solía consumir varios vasos de vino al día. Dijo que el alcohol constituía un problema para ella y que se había sometido a diversos programas de tratamiento en el pasado. Mencionó que estaba viendo a un psiquiatra que le prescribía clonacepam para tratar trastorno de tensión postraumática (TTPT) y trastorno de pánico. Además, indicó que tomaba hasta 12 mg de clonacepam al día contra sus ataques de pánico. Fue ingresada a la unidad de desintoxicación de pacientes internos, y el médico que la ingresó le recetó 2 mg de clonacepam cuatro veces al día hasta una dosis diaria máxima de 12 miligramos.

El psiquiatra que la atendía se puso en contacto con el psiquiatra al cual ella asistía, quien se negó a revelar la cantidad exacta de clonacepam que le recetaba. Contestó de manera evasiva con respecto al tratamiento y colgó de manera abrupta. Cuando a la Sra. N se le indicó la posibilidad de que el clonacepam constituyera un problema, se enojó y expresó que no estaba de acuerdo en que le modificaran el régimen de clonacepam. Después se dio de alta en contra del consejo médico.

**Diagnóstico.** Dependencia de benzodiacepinas y de alcohol, TTPT, trastorno de pánico (eje I).

## ESTIMULANTES

Las anfetaminas y la cocaína son los estimulantes más empleados. Las anfetaminas y los congéneres de las mismas constituyen un amplio grupo de fármacos estimulantes. Fueron muy empleados en la década de 1930, cuando fueron sintetizados, y hasta la década de 1970. Las epidemias de uso de anfetamina por vía intravenosa cundieron en Japón durante la Segunda Guerra Mundial y en Suecia y Estados Unidos en las décadas de 1960 y 1970. Debido al incremento de la epidemia de uso de cocaína en Estados Unidos en las décadas de 1970 y 1980, el uso de anfetaminas disminuyó pero volvió a reanudarse en la década de 1990.

### Biología

Las anfetaminas que se emplean con mayor frecuencia son dextroanfetamina, metanfetaminas (llamada también *speed)* y metilfenidato. La droga llamada *ice* (hielo) es una forma pura sintética de metanfetamina que puede inhalarse o inyectarse por vía intravenosa. Los efectos de las anfetaminas son similares a los de la cocaína, con excepción de que carecen de las propiedades anestésicas locales de esta última. Tienen mayor riesgo de producir arritmias y convulsiones y sus efectos psicoactivos duran más que los de la cocaína.

Las llamadas **anfetaminas de diseñador** tienen estructura relacionada con las anfetaminas clásicas (del

tipo de la metanfetamina) y ejercen efectos neuroquímicos tanto en el sistema dopaminérgico como en el de serotonina, a diferencia de las anfetaminas clásicas *que* liberan principalmente dopamina de las terminales nerviosas presinápticas. Las anfetaminas de diseñador incluyen 3,4-metilenedioximetanfetámina (MDMA), N-etil-3,4-metilenedioxianfetamina (MDÉA), 5-metoxi-3,4-metilenedioxianfetamina (MMDA) y 2,5-dimetoxi-4-metilanfetamina (DOM). Tal parece que sus efectos sobre el comportamiento son una combinación de los efectos que producen las anfetaminas clásicas y los alucinógenos. La MDMA llamada también éxtasis se ha popularizado en clubes de baile (en las fiestas llamadas *raves)* y se asocia con un efecto adverso grave de hipertermia. Este efecto en combinación con la actividad excesiva como bailar en sitios muy concurridos y calurosos puede ser mortal en ciertos casos.

El uso de la metanfetamina fue popular en la década de 1950 y resurgió en la década de 1990. Prevalece en especial en la costa oeste de Estados Unidos, en particular entre varones homosexuales jóvenes. La droga produce poderosos efectos de estimulación y es difícil que los médicos intervengan con eficacia porque el usuario considera que la metanfetamina lo hace omnipotente. Circula el rumor de que las metanfetaminas tienen potencial afrodisiaco y que además retrasan el progreso de la enfermedad por HIV, pero estos rumores carecen de fundamento.

La cocaína es una benzoilmetilecgonina, un éster del ácido benzoico y una base nitrogenada. Es un alcaloide que se deriva de las hojas de la coca. Históricamente, los nativos de Perú, Bolivia y Colombia masticaban estas hojas para evitar la fatiga y aumentar la energía. En el siglo XK Albert Neimann, un químico alemán, identificó y purificó la cocaína, el principio activo de las hojas de coca. Se observó que ejercía efectos anestésicos locales poderosos y por lo tanto se empleó en la práctica médica.

Sigmund Freud escribió sobre los usos médicos y recreativos de la cocaína subestimando su potencial adictivo. La cocaína era popular en Europa y en América a comienzos del siglo xx, muy empleada en forma de tónico y utilizada con frecuencia como aditivo de bebidas del tipo de la Coca-Cola. La cocaína fue restringida legalmente por la ley Harrison de 1914 y se consideró que su uso legítimo en medicina era muy limitado.

La propiedad terapéutica más importante de la cocaína es su capacidad para bloquear la iniciación o conducción de los impulsos nerviosos tras su aplicación. A concentraciones más altas, la cocaína afecta el potencial de acción cardiaco haciendo más lenta la conducción y reduciendo la contractilidad del corazón, efectos que posiblemente contribuyen a arritmias cardiacas y muerte repentina. La cocaína, un simpatomimético, ejerce sus acciones clínicas bloqueando la recaptación de noradrenalina, serotonina y dopamina. En el cerebro, la cocaína actúa principalmente sobre el sistema de recaptación de dopamina bloqueando al transportador de dopamina y por lo tanto dando lugar a concentraciones prolongadas de dopamina en la sinapsis y estimulación de los receptores dopamínicos. La liberación de dopamina, en particular en las vías mesolímbica y mesocortical, se ha relacionado con los efectos compensadores de la cocaína, aunque quizá participen otros neurotransmisores como la serotonina.

### Efectos clínicos

El método de administración de la cocaína determina qué cantidad de sustancia se absorbe al torrente sanguíneo y además con qué rapidez.

- Oral: al masticar hojas de coca o ingerir por vía oral polvo de coca, el inicio de acción es de aproximadamente una hora, el efecto dura varias horas y el fármaco aparece en sangre a niveles bajos.
- Intranasal: cuando se inhala en forma de polvo, el inicio se produce en aproximadamente tres a cinco minutos, con duración de 45 a 60 minutos, y la droga aparece en la sangre a niveles moderados.
- Intravenosa: cuando se inyecta en forma de polvo, el inicio se produce en uno a dos minutos, con duración de 10 a 20 minutos, y la droga aparece en sangre a niveles altos.
- Inhalación: cuando se fuma en forma de base libre, el inicio se produce en 30 segundos con duración de cinco a diez minutos, y la droga aparece en sangre a niveles altos.

La primera acción estimulante casi siempre es la mejor que los usuarios recuerdan. La tolerancia se desarrolla con gran rapidez en todos los usuarios, ya sean crónicos o infrecuentes. Los efectos placenteros desaparecen gradualmente, inclusive antes que el nivel de sangre descienda significativamente. Este fenómeno alienta al usuario a emplear dosis altas de manera repetida e incesante (lo que se llama corrida) en un intento desesperado de lograr que la estimulación perdure. Una persona que efectúa una corrida de cocaína puede durar 24 horas sin dormir o más, tiempo en el cual toma varios golpes por hora antes de descender. El descenso se caracteriza por depresión y agotamiento y puede durar varios días. Va seguido de deseos intensos de volverlo a hacer que duran varias semanas.

La intoxicación con cocaína y anfetamina produce cambios de comportamiento maladaptativo, euforia, hipervigilancia, alteración del criterio o alteración del funcionamiento. Probablemente se observen uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- taquicardia,
- dilatación de pupilas,
- aumento de la presión arterial,
- sudación,
- náusea o vómito,
- pérdida de peso,
- agitación psicomotora,
- dolor torácico o arritmias cardiacas,
- confusión,
- convulsiones,
- distonía,
- coma,
- episodios psicóticos breves, ansiedad o depresión.

La supresión de estimulantes produce estado de ánimo disfórico y por lo menos dos de los siguientes signos y síntomas:

- fatiga,
- sueños vividos y desagradables,
- insomnio o hipersomnio,
- aumento del apetito,
- retraso o agitación psicomotora.

## Tratamiento

El tratamiento de intoxicación por estimulantes y la supresión es específico para los síntomas. El paciente puede experimentar mayor fatiga (mientras desciende) y quizá se recupere con reposo y nutrición. Para agitación en aumento, las benzodiacepinas del tipo del loracepam son de ayuda. En trastorno psicótico inducido por estimulantes, los antipsicóticos están indicados.

Se han empleado diversos medicamentos para tratar los cambios bioquímicos que quizá desempeñen un papel en la recaída del usuario compulsivo de cocaína. Sin embargo, ninguno ha demostrado eficacia constante para tratar la dependencia de cocaína. Se han utilizado antidepresivos porque bloquean la recaptación de aminas biógenas y, en consecuencia, pueden aliviar los síntomas secundarios a la supresión de cocaína. Los estudios han demostrado que la desipramina y la fluoxetina son de ayuda. La cocaína produce o exacerba la actividad convulsiva y es de ayuda dar tratamiento con medicamentos anticonvulsivos como carbamacepina, la cual bloquea la potenciación de la actividad convulsiva.

Muchos usuarios de estimulantes solicitan tratamiento por aspectos legales con respecto a sentencias de encarcelamiento o custodia infantil. Aunque estos casos constituyen una motivación poderosa, la eficacia del tratamiento es limitada. Las intervenciones psicosociales con terapia de grupo e individual son en la actualidad el método que se emplea con mayor frecuencia, aunque dichas intervenciones también tienen éxito limitado para influir en la abstinencia a largo plazo.

Gil H, de 25 años, fue llevado a la sala de urgencias psiquiátricas por la policía, quien lo atrapó al romper una ventana de una tienda en cierta calle concurrida. El Sr. H había ingresado brevemente en diversas ocasiones a la unidad psiquiátrica por psicosis no especificada de otra manera y un largo historial delictivo derivado de cargos por robo. Se observó que el Sr. H estaba paranoico y beligerante. Padecía ilusiones sobre persecución y decía que "estaba intentando impedir que tuvieran acceso" a él rompiendo ventanas. Aceptó que usaba metanfetaminas de manera casi cotidiana. La toxicología urinaria confirmó la presencia de metanfetaminas y de trazas de marihuana.

El Sr. H fue ingresado a la clínica psiquiátrica de internos en donde su estado mental mejoró en cinco días con dosis bajas de antipsicóticos. Se relacionó bien con otros pacientes aunque se observó que intentaba manipular a los miembros del personal. Sus antecedentes familiares fueron notables por uso de sustancias, pero no había indicación de trastornos graves del estado de ánimo o de tipo psicótico.

El Sr. H se negó a participar en un programa de rehabilitación por uso de metanfetaminas. Había completado un programa breve de 18 meses con anterioridad como parte de tratamiento ordenado por los tribunales, pero admitió que había vuelto a emplear metanfetaminas, tan pronto terminó dicho programa. Había usado metanfetaminas por vía intravenosa desde los 18 años, y minimizaba las consecuencias del uso de esta droga. Se consideró que ya no cumplía con los criterios para retención psiquiátrica involuntaria, por lo cual se le puso en libertad.

**Diagnóstico.** Uso de metanfetaminas, psicosis secundaria a uso de metanfetaminas (eje I); considerar trastorno de personalidad antisocial o rasgos de la misma (eje II).

**Discusión.** El uso de metanfetaminas y otros estimulantes produce episodios psicóticos breves. La falta de antecedentes familiares significativos de trastornos psicóticos y la rápida desaparición de los síntomas psicóticos con o sin medicamentos antipsicóticos ayuda a diferenciar a estos individuos de quienes padecen esquizofrenia. Es posible que los usuarios crónicos de dosis fuertes de metanfetamina desarrollen síntomas de psicosis de tipo más crónico que no desaparezcan; por lo tanto, estos pacientes aparentarán tener esquizofrenia.

## OPIOIDES

### Biología

El opio se ha empleado en todo el mundo durante siglos. Se deriva de la amapola del opio que contiene aproximadamente 20 alcaloides del mismo, incluyendo morfina. El *DSM-IV* define el término **opioide** diciendo que abarca los opiáceos (cualquier preparación de opio) y los opioides (narcóticos sintéticos como Demerol). La heroína (diacetilmorfina) es farmacológicamente similar a la morfina y es el opiáceo que se emplea con mayor frecuencia entré los individuos dependientes de opioides. El hábito de consumir heroína puede llegar a costar varios cientos de dólares al día y los individuos dependientes a menudo recurren a actividades delictivas para mantener éste hábito. Los usuarios de drogas por vía intravenosa' (UDIV) corren alto riesgo de enfermedades graves como SIDA, hepatitis y tuberculosis.

### Efectos clínicos

La intoxicación con opioides produce euforia inicial seguida por apatía, disforia, agitación o retraso psicomotor, alteraciones del criterio o funcionamiento social alterado. La somnolencia característica se describe como "echar un sueñito". Los signos y síntomas incluyen:

- constricción pupilar,
- somnolencia o coma,
- habla ininteligible,
- alteraciones de la atención o de la memoria.

La intoxicación grave tras una sobredosis de opioides puede producir coma, depresión respiratoria, inconciencia, hipomotilidad gástrica pon íleo (intestino paralizado), edema pulmonar (recolección de líquido) por causas no cardiacas o inclusive la muerte. La sobredosis de opioides es una urgencia médica que requiere atención inmediata. La administración de clorhidrato de naloxona, un antagonista opioide, puede salvar la vida y ayuda a invertir la depresión cardiorespiratoria.

Se produce supresión de opioides tras cesar el uso fuerte y prolongado de estas sustancias. La administración de un antagonista de opioides tras el uso prolongado también puede ocasionar síndrome de supresión. Quizá se observen tres o más de los siguientes signos y síntomas:

- estado de ánimo disfórico,
- náusea o vómito,
- dolores musculares,
- ojos llorosos o nariz con mucosidad,
- dilatación de pupilas, piloerección o sudación,
- diarrea,
- bostezos,
- fiebre,
- insomnio.

### Tratamiento

Se emplea la terapia de sustitución a corto plazo para desintoxicar de opioides. La metadona, un agonista opioide de acción prolongada con vida media de 36 horas, ha sido aprobada por la FDA para desintoxicación de narcóticos, ya sea a corto plazo con duración hasta de 30 días o a plazo más prolongado que no exceda 180 días. Se emplea por vía oral y tiene tolerancia cruzada con la heroína y la morfina. En el medio de pacientes internos la desintoxicación se lleva a cabo en cuatro a siete días, mientras que se prefiere la desintoxicación en lapsos de 21 días en medio de pacientes externos para reducir al mínimo la incomodidad del paciente. En el cuadro 11-7 se indica el protocolo para desintoxicación por metadona.

Él LAAM (L-a-acetil-metadol), un compuesto congénere de la metadona de acción prolongada, también es útil para la desintoxicación. Tiene vida media de 47 horas y al metabolizarse origina dos metabolitos activos: nor-LAAM (con vida media de 62 horas), y dinor-LAAM (con vida media de 162 horas). Las prolongadas vidas medias del LAAM y sus metabolitos permiten dosificación en días alternos o tres veces por semana sin el problema asociado con regímenes para llevar a casa en los programas de mantenimiento con metadona.

**Cuadro 11-7. Protocolo para desintoxicación con metadona**

1. Comprobar que el paciente tenga síntomas definidos de supresión de opioides
2. Síntomas objetivos de supresión como dilatación pupilar son de ayuda
3. Comprobar la cantidad de ingestión de opioides y la frecuencia de uso para establecer si el uso de opioides es prolongado y a dosis altas
4. Iniciar con 10 mg de metadona según se requiera para los síntomas de supresión durante las primeras 24 horas con una dosis diaria máxima de 40 mg
5. Después de las primeras 24 horas (o según se requiera), de administración de metadona prn, valorar al paciente e iniciar la dosis una vez al día, que usualmente es de 30 a 40 mg
6. La dosis puede reducirse por decrementos de 5 a 10 mg/día según la tolerancia hasta una dosis diaria total de 10 mg/día
7. Reducir a 5 mg/día de metadona por uno a tres días
8. Observar al paciente durante 48 horas después de la última dosis de metadona programada

La clonidina, un agonista adrenérgico 012 es de suma ayuda para controlar los síntomas de supresión de opioides. Actúa sobre el *locus cerúleas* del cerebro, el resultado es la inhibición de la liberación de noradrenalina. También puede usarse junto con metadona para controlar síntomas que no se alivien con 40 mg/día de metadona. La clonidina se emplea en dosis de 0.1 a 0.3 mg cada seis horas, según se requiera, para síntomas de supresión de opioides. El medicamento debe detenerse temporalmente en caso de que la presión arterial sistólica sea inferior a 90, la presión arterial diastólica inferior a 60 o el pulso inferior a 50. La hidroxicina, un agente antihistamínico, se emplea para tratar la ansiedad en dosis de 25 mg cada seis horas según se requiera.

La buprenorfina es un agonista parcial de tipo opioide μ y es un agente analgésico clínicamente efectivo con una potencia estimada de 25 a 40 veces mayor que la de la morfina. La desintoxicación con buprenorfina es tan eficaz como con metadona o clonidina. La dosis es 8 mg/día sublingual, y también es eficaz para terapia en días alternos.

Florencia P, de 28 años, ingresó al hospital para evaluación y tratamiento de endocarditis bacteriana. Reportó que usaba un gramo de heroína a diario y en ocasiones la mezclaba con cocaína (lo que se llama *speedballing).* Había comenzado a usar heroína desde los 15 años y la usó a diario a partir de los 17. Dejó de usar drogas por un total de dos años mientras estuvo en prisión. Dijo al entrevistador que actualmente usaba heroína por lo menos cuatro veces al día y que la había usado 12 horas antes de ir a la clínica. Al efectuar el examen sus pupilas estaban dilatadas y sus ruidos intestinales aumentados. Tenía ojos llorosos y su nariz escurría y se quejaba de dolores de cuerpo fuerte y leve. También reportó sentimientos de depresión e ideas suicidas y fue ingresada a la unidad psiquiátrica de pacientes internos.

Se comenzó a dar metadona a la Srita. P por protocolo, y requirió un total de 40 mg de la misma en las primeras 24 horas para tratamiento de los síntomas de supresión. Se le administraron 40 mg de metadona a la mañana siguiente y se la mantuvo bajo observación para detectar somnolencia. Se estabilizó con rapidez y dejó de sentirse desesperada o de tener ideas suicidas. Tras descartar la endocarditis mediante cultivo sanguíneo negativo, ella decidió inscribirse en un programa residencial de tratamiento, y fue dada de alta para asistir al programa para pacientes externos de desintoxicación con metadona de 21 días.

**Diagnóstico.** Dependencia de opiáceos, supresión (eje I).

Antes de prescribir metadona al paciente, el médico debe comprobar si éste depende de los opiáceos. Se obtiene una prueba toxicológica de orina tan pronto sea posible. También es de ayuda definir cuál es la "droga de elección" del paciente. Los individuos que dependen de heroína usualmente emplean el fármaco o "la consumen" varias veces al día, pero los usuarios de sustancias múltiples quizá empleen varias de ellas de manera esporádica. Tal vez empleen heroína ocasionalmente y no se debe iniciar el tratamiento con metadona en estos pacientes. La metadona tiene vida media de 36 horas y se acumula gradualmente en el organismo. Debe emplearse con cautela en personas que no dependen de opiáceos (como cuando la metadona se prescribe para control de dolor crónico por cáncer) o en personas con alteración del funcionamiento hepático por alcoholismo o infección con hepatitis B o C.

## ALUCINOGENOS

### Biología

Los seres humanos han empleado diversos alucinógenos naturales y sintéticos. La dietilamida del ácido lisérgico (LSD), el alucinógeno sintético clásico, fue sintetizada por Albert Hoffmann en 1938. Los alucinógenos que se encuentran en la naturaleza incluyen psilocibina (hongos), mescalina (cactus de peyote), dimetiltriptamina (DMT), harmina, harmalina e ibogaína.

### Efectos clínicos

La intoxicación por alucinógenos da lugar a cambios de comportamiento de mala adaptación como notable ansiedad o depresión, ideas de referencia, temor a perder la salud mental, ideas paranoicas, alteración del criterio o alteración del funcionamiento social durante o poco después del uso de alucinógenos. Pueden producirse cambios de percepción como despersonalización, desrealización, ilusiones y alucinaciones en un estado de total conciencia y alerta. También ocurren dos o más de los siguientes signos y síntomas:

- dilatación de pupilas,
- taquicardia,
- sudación,
- palpitaciones,
- visión borrosa,
- temblores,
- falta de coordinación.

Los alucinógenos también producen cambios del EEG que simulan a los que se producen en la etapa MOR del sueño, lo cual explica la calidad similar a ensoñación que se produce en la estimulación con estas drogas.

No existen síntomas claros de supresión de alucinógenos, pero quizá el individuo experimente deseo intenso de la droga tras dejar de usarla.

### Tratamiento

Los **recuerdos retrospectivos alucinógenos** o **trastorno de percepción alucinógena persistente,** cuando están asociados con notable afectación pueden tratarse con antipsicóticos a dosis bajas. Los recuerdos retrospectivos son recurrencias transitorias de perturbaciones de la percepción que recuerdan a las que se experimentaron durante alguna de las intoxicaciones previas con alucinógenos. Suelen ocurrir de manera episódica y son desencadenadas por diversas drogas, ansiedad, fatiga y otros tipos de tensiones.

Eraclio P, de 42 años, fue enviado a evaluación psiquiátrica después de que reveló a su proveedor de cuidados primarios que había estado experimentado alucinaciones visuales vividas. Reportó haber usado LSD y otros alucinógenos a dosis altas 20 años antes, pero dijo que actualmente usaba LSD "con poca frecuencia, quizá una vez al año". Se le diagnosticó HIV dos años antes y reportó que en ese momento las alucinaciones se hicieron más intensas. Generalmente experimentaba imágenes rastreras (que se arrastraban), colores intensos y halos en torno a los objetos. Actualmente también escuchaba a los ángeles y a los diablos discutiendo en torno a él. Estas imágenes visuales y alucinaciones auditivas resultaban intensas y perturbadoras. Reportó que en ocasiones tenía ideas suicidas "para acabar con las alucinaciones".

Respondió bien a un neuroléptico a dosis bajas y experimentó disminución de las alucinaciones visuales y auditivas en una semana.

**Diagnóstico.** Trastorno perceptual posalucinógeno (eje I).

## FENCICLIDINAS

### Biología

Las fenciclidinas y las sustancias similares a ellas incluyen fenciclidina (PCP) y compuestos de acción similar como ketamina y el análogo tiofénico de la fenciclidina (TCP; l-[l-2-tienilciclohexil]piperidina). Un contaminante frecuente del PCP es 1-piperidinociclo-hexanecarbonitrilo (PCC) que es un subproducto de síntesis ilícitas que al descomponerse libera ácido cianhídrico en pequeñas cantidades. Estas sustancias se toman por vía oral, intravenosa o se fuman.

El PCP se encuentra disponible bajo diversos nombres como puerca *(hog),* tranq, polvo de ángel y píldora de la paz *(PeaCe pill).* El PCP se empleaba originalmente como anestésico en animales, pero se desconoce su mecanismo de acción exacto. Es económico y a menudo se emplea para adulterar otras drogas callejeras.

### Efectos clínicos

La intoxicación por fenciclidina produce cambios de comportamiento maladaptativos significativos como beligerancia, agresividad, impulsividad, impredecibilidad, agitación psicomotora, alteraciones del criterio o funcionamiento social alterado. Se observan dos o más de los siguientes signos y síntomas en la hora siguiente a la ingestión de PCP:

- nistagmo vertical u horizontal,
- hipertensión o taquicardia,
- entumecimiento o disminución de la percepción del dolor,
- ataxia,
- disartria (dificultad para articular palabras),
- rigidez muscular,
- convulsiones o coma,
- hiperacusia (ampliación de sonidos).

La actividad muscular isométrica involuntaria puede conducir a rabdomiólisis aguda (desintegración muscular), mioglobinuria (presencia de productos de desintegración muscular en la orina) e insuficiencia renal. También se ha reportado que en ocasiones, los movimientos clónicos y la rigidez muscular preceden actividad convulsiva generalizada y estado epiléptico (actividad convulsiva continua con significativa posibilidad de muerte). La intoxicación por PCP resulta en muerte a causa de hiperpirexia (temperatura corporal alta) y otros tipos de inestabilidad autónoma.

### Tratamiento

El tratamiento de la intoxicación aguda con PCP se enfoca en el control de los síntomas. Las benzodiacepinas son útiles para tratar agitación, espasmos musculares y convulsiones. Se emplean antipsicóticos para controlar los síntomas de psicosis, aunque quizá reduzcan el umbral de convulsiones y por lo tanto deben emplearse con cautela. Se prefieren los antipsicóticos de alta potencia, ya que el PCP tiene ciertas propiedades anticolinérgicas y los fármacos ilegales con frecuencia están contaminados con alcaloides de belladona.

Jovita T, una estudiante universitaria de 21 años, ingresó a la unidad psiquiátrica de internos

para tratamiento de psicosis. Estaba agitada y paranoica y dijo que escuchaba voces que la cominaban a suicidarse y matar a su abuela.

La Srita. T había comenzado a fumar PCP en las fiestas y poco después empleaba PCP tan a menudo como podía, en ocasiones dos a tres veces al día. Dejó de asistir a la universidad algunos meses antes y comenzó a escuchar las voces que le daban órdenes. Se sentía agitada y continuamente murmuraba en voz baja. Tenía apariencia desarreglada y no era capaz de cuidar de sí misma en su hogar. Había usado PCP por última vez pocas semanas antes del ingreso. Mejoró con neurolépticos a dosis baja y fue dada de alta bajo el cuidado de sus padres. Continuó experimentando alucinaciones menos intensas de manera intermitente por varias semanas.

**Diagnóstico.** Alucinaciones secundarias a PCP (eje I).

La psicosis inducida por PCP puede durar por mucho tiempo. Como el PCP es lipofílico, permanece en el organismo varias semanas. En el caso de intoxicación aguda, los antipsicóticos deben emplearse con cautela para tratar la agitación, ya que reducen el umbral convulsivo. Los antipsicóticos son eficaces para tratar el trastorno psicótico inducido por fenciclidina.

## INHALANTES

### Biología

Los inhalantes son hidrocarburos alifáticos y aromáticos que se encuentran en sustancias como gasolina, resistol, adelgazante *(thinner)* para pintura y pinturas en aerosol. Con menor frecuencia se emplean hidrocarburos halogenados (que se encuentran en limpiadores, líquido corrector para máquina de escribir y propelentes de aerosoles) y otros compuestos volátiles que contienen esteres, cetonas y glicoles. El uso de inhalante es más común entre adolescentes, generalmente en grupo. Los inhalantes a menudo dejan evidencia externa visible como erupción en torno a boca y nariz, olor en el aliento y residuos en la cara.

### Efectos clínicos

La intoxicación por inhalantes da como resultado comportamiento de maladaptación clínicamente significativo o cambios psicológicos como beligerancia, agresividad, apatía, alteraciones del criterio o funcionamiento social alterado. Se desarrollan dos o más de los siguientes signos y síntomas poco después de la exposición a inhalantes volátiles:

- mareo,
- nistagmo,
- falta de coordinación,
- habla ininteligible,
- marcha inestable,
- letargo,
- depresión de reflejos,
- retraso psicomotor,
- temblores,
- debilidad muscular generalizada,
- diplopía (visión doble),
- estupor o coma,
- euforia.

La muerte por uso de inhalantes es consecuencia de depresión central respiratoria, arritmias cardiacas, asfixia, laringospasmo o algún accidente. Un riesgo grave es el daño pulmonar irreversible (incluyendo neumonitis química [inflamación de los pulmones] y enfisema), así como daño a hígado, riñones y otros órganos por el benceno y los hidrocarburos halogenados. Es posible el daño neuromuscular y el daño cerebral permanentes al usar inhalantes que contengan altas concentraciones de cobre, cinc y metales pesados.

Tomás J, de 16 años, fue detenido por la policía y llevado a la sala de urgencias cuando se le encontró vagando semidesnudo en la nieve. Tenía apariencia confundida y mostraba una memoria a corto plazo significativamente afectada. Tenía dificultad para expresarse y de él emanaba un fuerte olor. El médico observó una erupción pronunciada en torno a su boca. Admitió que había estando oliendo resistol diariamente en los últimos años. Dijo que había comenzado a emplear inhalantes con un grupo de amigos de la escuela y que su uso se había incrementado con rapidez. En la actualidad empleaba inhalantes a diario y había dejado de asistir a la escuela. Se explicó el padecimiento a sus padres, quienes lo inscribieron en un programa de tratamiento cotidiano como paciente externo.

**Diagnóstico.** Uso de inhalantes e intoxicación (eje I).

### Tratamiento

El tratamiento del uso de inhalantes aún no se ha investigado a fondo ni se comprende bien. Quizá la instrucción sobre los riesgos que plantean los inhalantes para la salud sea de ayuda para prevenir y tratar el uso de inhalantes. Como la mayoría de los usuarios son adolescentes y jóvenes, la terapia familiar también es de ayuda.

## CAFEINA

Más de 80% de los estadounidenses emplean cafeína a dosis promedio de medio gramo al día, principal-

mente a través del café. La cafeína se encuentra en el café, té, refrescos, chocolates y fármacos estimulantes que se adquieren sin receta (p. ej., No-Doze) y en diversos medicamentos contra el dolor de cabeza.

### Biología

La cafeína es absorbida con rapidez en el aparato digestivo y se cree que actúa como antagonista en los sitios receptores de adenosina en el sistema nervioso central. Es probable que la cafeína afecte los sistemas neurotransmisores adrenérgicos y dopaminérgicos para producir efectos clínicos.

### Efectos clínicos

La cafeína a dosis bajas conduce a mejor concentración, mejora el estado de alerta y produce sensación de bienestar. A dosis más altas causa ansiedad, agitación, insomnio e inquietud. Los efectos físicos de la intoxicación con cafeína incluyen temblores, aumento de la presión arterial y enrojecimiento, náusea y poliuria.

El uso de cafeína a largo plazo se asocia con tolerancia, de modo que cada vez se requieren dosis más altas para lograr el mismo efecto. El uso fuerte y crónico de cafeína también produce síntomas de trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico e insomnio. La cafeína empeora la fibromialgia, úlcera péptica y arritmias cardiacas. Cuando los pacientes pasan más de un día sin ingerir cafeína con frecuencia se observan fenómenos de supresión. Los síntomas de supresión incluyen cefalea, fatiga y deseo de ingerir cafeína.

Cari M, un abogado de 39 años, fue enviado a evaluación psiquiátrica por su médico de cuidados primarios. Se quejaba de "palpitaciones cardiacas" y ansiedad que habían empeorado durante los últimos cuatro meses. El inicio de sus síntomas coincidió con su nuevo empleo en una prestigiosa firma de abogados. Su médico de cuidados primarios le recetó fluoxetina, pero el Sr. M dejó de tomar el medicamento después de una semana porque lo hacía sentir "intranquilo". El médico incluyó notas que indicaban que el Sr. M bebía tres tazas de café al día. Sus antecedentes psiquiátricos eran poco notables y no tenía antecedentes previos de trastorno de ansiedad o depresivo ni de uso de sustancia y su historia familiar de problemas psiquiátricos era negativa.

Cuando el psiquiatra preguntó al Sr. M sobre su consumo de cafeína, él replicó que en realidad había reducido su consumo de café y había comenzado a beber té cuando comenzó su nuevo trabajo. El Sr. M dijo que sabía que el té era mucho más saludable que el café. Bebía una o dos tazas de té negro cada hora en el trabajo. Además, ingería dos barras de chocolate por la tarde y bebía un refresco dietético un poco después.

El psiquiatra consideró que el consumo de cafeína del paciente era casi de 2 gramos al día. El Sr. M consideró de manera escéptica reducir su consumo de cafeína, pero gradualmente lo hizo sustituyendo el té por agua embotellada y eliminando el refresco y el chocolate de su dieta. En, la visita de seguimiento tres semanas después se sentía bien y no tenía síntomas de ansiedad ni palpitaciones.

**Diagnóstico.** Ansiedad por intoxicación con cafeína; dependencia de cafeína e intoxicación (eje I).

### Tratamiento

El tratamiento para dependencia de cafeína suele iniciarse en respuesta a problemas de salud o ansiedad y consiste en que el paciente reduzca su consumo de cafeína gradualmente. La sustitución parcial de bebidas cafeinadas por café, tés o refrescos decafeinados permite al paciente consumir la misma cantidad de estas bebidas si lo desea.

## MARIHUANA

La marihuana es la sustancia ilícita que se usa con más frecuencia a nivel mundial y la tercera entre todas las sustancias potencialmente adictivas después de los cigarrillos y el alcohol. Una tercera parte de los estadounidenses ha probado la marihuana, y más de seis millones de personas fuman esta droga una vez por semana o más.

### Biología

La marihuana se obtiene de la planta *Cannabis sativa.* Las hojas de la parte superior, las flores y los tallos (brotes) contienen aproximadamente 400 productos químicos diversos. Fumar marihuana en forma de cigarrillo, en pipa, o en pipa de agua llamada también "bong" libera más de 2 000 compuestos, algunos por pirólisis (proceso de combustión). De estos compuestos, 60 son de la clase de los **canabinoides** y se considera que son los que producen los efectos psicoactivos de la marihuana. La concentración de compuestos psicoactivos puede ser muy variable, aunque se cultivan plantas de mayor potencia. El canabinoide más estudiado es el A-9-tetrahidorocanabinol (THC), su precursor, el canabidiol (CBD) y uno de sus más de 100 productos de descomposición, el canabinol (CBN). En 1988 se descubrió que el cerebro humano tiene receptores canabinoides. La ubicación de dichos receptores que se encuentran principalmente en cerebelo, corteza cerebral, hipocampo y sustancia negra, se superpone neuroanatómicamente con el sistema dopa-

minérgico, lo que implica una posible relación neuroquímica.

Los canabinoides de la marihuana probablemente tengan propiedades psicoactivas porque son similares al compuesto endógeno anandamina, del mismo modo que la heroína es activa porque el cuerpo humano tiene sitios receptores para las moléculas de opiáceo, de tipo natural llamadas endorfinas. Se cree que sus efectos en los hipocampos y en los ganglios básales ocasionan el efecto de la marihuana en la memoria a corto plazo y la coordinación, respectivamente. Tal parece que, los canabinoides afectan a las células cerebrales a través de un sistema de segundos mensajeros, activado dentro de la célula donde los canabinoides ocupan los sitios receptores en la membrana. Los estudios empleando canabinoides en células *in vitro* muestran que en general se hace más lento el funcionamiento celular y la reproducción. Esta observación se correlaciona con los estudios clínicos que demuestran depresión del pensamiento y disminución del nivel de energía de los recuentos de espermatozoides y de la ovulación en seres humanos. Los problemas pulmonares quizá sean resultado del tabaquismo comórbido más que de fumar marihuana en sí.

El metabolismo de la marihuana se lleva a cabo a través del sistema de citocromo P450. Las detecciones toxicológicas en orina son positivas hasta una semana después en usuarios ligeros, aunque los usuarios crónicos y de niveles altos pueden dar prueba positiva hasta un mes después por el almacenamiento y liberación de canabinoides que son lipofílicos y se almacenan en las reservas de grasa.

La marihuana se había empleado para tratar a personas de cáncer y SIDA que experimentan náusea y caquexia (desnutrición grave). Algunos pacientes reportan que reciben más alivio de los cigarrillos de marihuana que del THC en forma de píldora. Como la marihuana reduce la presión intraocular, se ha utilizado para tratar a personas con glaucoma.

### Efectos clínicos

Los efectos clínicos de la marihuana alcanzan un máximo a los 30 minutos de haber fumado la droga. Masticar hashish (un residuo similar a alquitrán de la planta cannabis) produce un efecto más gradual pero más perdurable, aunque menos intenso. Los efectos psicoactivos de la marihuana varían de uno a otro usuario. Muchas personas experimentan vértigo, elevación del estado de ánimo, y mejores percepciones auditivas y visuales. Algunos individuos hablan más y dicen cosas ingeniosas, mientras que otros se sienten más tranquilos o cansados. Pocos usuarios experimentan ansiedad, pánico, paranoia o hipervigilancia, letargo posintoxicación o depresión.

Una minoría de los personas que emplean marihuana experimenta síntomas psicóticos breves, pero declarados, incluyendo alucinaciones auditivas y visuales e ilusiones, aunque se han documentado síntomas psicóticos en individuos con vulnerabilidad preexistente a los trastornos psicóticos (p. ej., esquizofrenia y trastorno de personalidad *borderline* o esquizoafectivo), la ocurrencia de psicosis en individuos saludables se considera poco frecuente. Los médicos deben advertir a los pacientes que emplean marihuana que no se aconseja manejar y operar maquinaria cuando estén bajo la influencia de la droga, puesto que produce disminución de la coordinación y reflejos más lentos. Se alcanza cierta tolerancia a los efectos de la marihuana aunque la supresión es poco usual y quizá no exista clínicamente.

Dos aspectos del uso de marihuana son de controversia. Estos incluyen la existencia de un síndrome desmotivacional caracterizado por apatía, letargo e incapacidad para iniciar o continuar actividades orientadas hacia una meta. También es poco claro si la marihuana facilita el uso de otras drogas "más fuertes". Esta **hipótesis umbral,** en caso de que verdaderamente exista, probablemente ocurriría de manera indirecta por exposición de los que usan fuertes cantidades de esta droga a personas y situaciones asociadas con uso de cocaína, heroína y metanfetaminas.

### Tratamiento

El tratamiento de la dependencia de la marihuana debe iniciarse con la eliminación de afecciones psiquiátricas premórbidas como depresión o trastornos de ansiedad y uso comórbido de sustancias (incluyendo uso de alcohol). Con frecuencia la instrucción en los programas de 12 pasos como en Narcóticos Anónimos son eficaces para los usuarios motivados. Algunos usuarios participan en el uso recreativo crónico de marihuana y los efectos del uso de este tipo no han sido caracterizados de manera adecuada. El uso de marihuana para fines médicos es tema de intensos debates políticos y médicos.

## NICOTINA Y TABAQUISMO

Aproximadamente 25 % de la población estadounidense fuma cigarrillos regularmente y 75% de las personas muestreadas había probado cigarrillos por lo menos una vez. Se observa una mayor tasa de tabaquismo en pacientes con trastornos psiquiátricos, tal vez en parte por los efectos ansiolíticos que se asocian con él. Los individuos que beben alcohol o han dejado de beberlo también fuman grandes cantidades de cigarrillos. Se han iniciado medidas de salud pública para reducir el tabaquismo y confrontar al número creciente de nuevos fumadores que "reemplazan" a aquellos que logran dejar de fumar o mueren. De este modo, las campañas antitabaquismo se enfocan a prevenir la experimentación y la adicción en adolescentes. El

tabaco que se coloca entre encía y mejilla y se mastica es usado aproximadamente por 15% de todos los usuarios de tabaco.

### Biología

La nicotina se enlaza con los receptores nicotínicos en el sistema de acetilcolina, lo que explica la liberación posterior de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina. Los posibles enlaces con el sistema dopaminérgico quizá permitan comprender las elevadas tasas de tabaquismo en personas con esquizofrenia. Los subproductos pirrólicos de los cigarrillos producen un aumento notable de cáncer pulmonar, enfermedades cardiacas, ataques de apoplejía y cánceres en otros sitios (p. ej., faringe, vejiga, colon). Los daños al tejido pulmonar exacerban la enfermedad pulmonar crónica obstructiva y provocan enfisema. El uso de *snuff* y el hábito de fumar cigarrillos se vinculan con una mayor incidencia de cáncer faríngeo.

### Efectos clínicos

Fisiológicamente, la tolerancia y la dependencia de la nicotina se desarrollan con rapidez. La toxicidad y la sobredosis son posibles, aunque ocurren con poca frecuencia. Los fenómenos de supresión que incluyen irritabilidad, ira, disforia e insomnio se producen a las pocas horas de reducir o detener el consumo de cigarrillos. El hecho de que fumar un solo cigarrillo baste para aliviar estos síntomas con rapidez refuerza de manera poderosa el hábito y contribuye a la elevada tasa de fallo entre los individuos que intentan dejar de fumar. La dependencia es en parte un proceso biológico y también es facilitada por los estereotipos culturalmente aceptados y los anuncios.

### Tratamiento

La tasa de éxito a largo plazo en los programas para dejar de fumar es cercana a 30%. Aunque muchos médicos consideran que son capaces de instruir o asustar a los pacientes para lograr que dejen de fumar, la instrucción por sí sola no produce resultados eficaces. Los programas más exitosos combinan técnicas de comportamiento y apoyo de grupo con instrucción. Las medidas coadyuvantes útiles incluyen hipnoterapia, acupuntura, chicles de Nicorette o parches de nicotina transdérmica para reducir el deseo; terapia de grupo; terapia de relajación y uso de simuladores, como cigarrillos de plástico. Sin embargo, muchas personas que dejan de fumar lo hacen sin recurrir al tratamiento.

Los sistemas de apoyo social malos (incluyendo los miembros de la familia que fuman) y las tensiones ambientales se asocian con malas tasas de cese. Los individuos ansiosos o las personas con esquizofrenia en particular a menudo observan que el efecto calmante de la nicotina dificulta abandonar el hábito. Los usuarios fuertes con antecedentes de depresión, distimia o ciertos estados afectivos problemáticos (p. ej., ansiedad, ira, impaciencia y con frecuencia comportamientos de personalidad "tipo A" que se asocian con aumento de riesgo de enfermedades cardiacas), suelen, tener más dificultades para dejar de fumar. También suele producirse depresión en estos pacientes cuando abandonan el hábito, lo que reduce aún más las tasas de éxito. En numerosas pruebas se han empleado antidepresivos tricíclicos, inhibidores específicos de la recaptación de serotonina el antiansiolítico buspirona para ayudar a los pacientes deprimidos a dejar de fumar. Se ha demostrado que el bupropión en fórmula de liberación prolongada (de larga duración) ayuda a los pacientes no deprimidos a dejar de fumar. La presentación de bupropión para dejar de fumar se vende en el mercado estadounidense como Zyban.

## ASPECTOS ESPECIALES Y POBLACIONES ESPECIALES

## HIV Y SIDA

Las personas que abusan de sustancias evidentemente corren riesgo de infección por HIV a través del uso de agujas infectadas (si es que las usan) y por la vía menos evidente de alteraciones del criterio, como consecuencia de uso de alcohol o drogas, que impiden seguir las guías para sexo seguro. Quizá el uso de alcohol sea el mayor cofactor en la continua diseminación de infecciones por virus de inmunodeficiencia humana.

Algunos usuarios de sustancias se enteran de su posible estado de portador de HIV cuando se someten a procedimientos médicos; otros investigan su estado por sí solos. Es probable que el uso de sustancias altere la capacidad del individuo para comprender a fondo el significado de ser HIV positivo, y por lo tanto interfiera con su apego a los cuidados médicos. El cumplimiento limitado de este tipo casi siempre es secundario a uso de sustancias y no constituye una indiferencia innata a las necesidades de salud. Algunos individuos en recuperación experimentan recidivas en el periodo entre someterse a la prueba de anticuerpos de HIV y recibir los resultados. Las intervenciones de ayuda incluyen visitas adicionales a la clínica, juntas adicionales de 12 pasos e intentos de acelerar la entrega de resultados. .

El estado HIV positivo en personas que abusan de las drogas puede constituir una oportunidad para intervención de tratamiento. Aunque no se cuenta con evidencia de que reducir el uso o abandonarlo aumente la longevidad, la calidad de vida del paciente mejorará y podrá tomar decisiones de tipo más informado con

respecto al tratamiento para infecciones por HIV y SIDA.

## USO DE SUSTANCIAS EN HOMBRES HOMOSEXUALES Y LESBIANAS

La incidencia de usos de sustancias en homosexuales y lesbianas (30%) es mucho más alta que entre la población en general (10%). El abuso de alcohol y anfetaminas (incluyendo uso intravenoso, abuso de cocaína y uso de drogas de diseñador como éxtasis) suele prevalecer en particular y quizá desempeñe un papel negativo con respecto a los esfuerzos de prevención de diseminación del HIV en la comunidad homosexual.

La evidencia clínica indica que las intervenciones exitosas de tratamiento incluyen la necesidad de que el homosexual o la lesbiana acepten en su totalidad su orientación sexual y afronten en consecuencia a homofobia internalizada u odio hacia sí mismo, que constituya una excusa o un pretexto para las recidivas. Los programas de tratamiento sensible hacia la homosexualidad o afirmativo de la misma quizá sean los más eficaces de intervención y tratamiento. Los jóvenes homosexuales quizá sean particularmente sensibles y estén expuestos al uso excesivo de sustancias o al abuso declarado.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES DEL USO DE SUSTANCIAS

Las tasas de abuso de sustancias difieren entre los grupos de minorías étnicas y culturales y algunos grupos tienen más posibilidades que otros de abusar de determinadas drogas. Quizá estas observaciones se relacionen con factores socioeconómicos y normas culturales más que con cualquier tipo de factores genéticos o biológicos. Como ocurre en el caso de los homosexuales y las lesbianas, es probable que los programas de apoyo sensibles a los factores étnicos y culturales implicados (incluyendo dar orientación y literatura en el idioma nativo del usuario) probablemente funcionen mejor y ofrezcan la mejor oportunidad de recuperación a personas de antecedentes culturales y étnicos diversos.

## USO DE SUSTANCIAS ENTRE MUJERES

Las mujeres abusan de las sustancias a tasas similares a la de los hombres. Es necesario tomar en cuenta los aspectos de la mujer en la sociedad al planear el tratamiento y la recuperación: recursos financieros limitados, preocupación por la crianza de los hijos, naturaleza "oculta" del uso o abuso cuando la paciente se encuentra en el hogar y posibilidad de abuso sexual o físico que complique el cuadro clínico. Los proveedores de salud, los médicos y los programas de tratamiento deben tomar en cuenta estos aspectos para que haya más probabilidades de alcanzar la sobriedad y la recuperación. En el capítulo 18 se discuten en más detalle estos aspectos.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

El uso de sustancias engendra una fuerte respuesta emotiva en toda la sociedad y probablemente ésta sea mayor entre los proveedores de cuidados de salud. Las reacciones emotivas quizá incluyan negación por parte del médico, que lo llevan a pasar por alto signos sutiles o más evidentes de uso de sustancias, o tal vez él no formule preguntas sobre uso de sustancias y simplemente efectúe suposiciones con respecto a los pacientes que pueden usar diversas sustancias, basándose en estereotipos inconscientes por apariencia, sexo, origen étnico o nivel socioeconómico. Por ejemplo, quizá el médico pregunte a un paciente de 58 años si usa alcohol, pero omita preguntarle si usa marihuana, heroína o cocaína.

Los clínicos también suelen profundizar muy poco con respecto al uso de sustancias del paciente. Aunque quizá formulen una docena o más de preguntas sobre el dolor, el inventario de preguntas de seguimiento más allá de ¿qué cantidad de alcohol acostumbra consumir? quizá sea mínima. Con mejor entrenamiento y más práctica, los médicos lograrán efectuar una caracterización completa del uso de sustancias y determinar qué lugar ocupan dentro del contexto de la vida del paciente.

Algunos pacientes inicialmente niegan que usan sustancias, aunque más adelante admiten (o se descubre) que padecen algún problema de uso de sustancias y explican sus temores de que, en caso de haber revelado su dependencia, su médico se hubiera enojado con ellos, se hubiera negado a darles tratamiento o les hubiera suministrado tratamientos de tipo inferior. En ocasiones, estos temores están justificados.

Los estudios también han documentado el subtratamiento del dolor agudo y crónico en personas con antecedentes de uso de sustancias, en exceso de las tasas usuales de subtratamiento. Las respuestas emotivas entre los pacientes también pueden ocasionar que los médicos de manera intencional den menos tratamiento o no proporcionen tratamiento a la supresión alcohólica o de heroína. Los médicos que actúan con sentimientos inconscientes de ira también pueden sabotear los planes de tratamiento potencial.

María A, una mujer de 51 años, con antecedentes de ingresos hospitalarios múltiples por

complicaciones de dependencia del alcohol fue ingresada al hospital para tratamiento de neumonía y desnutrición. El equipo médico se sentía iracundo por su nuevo ingreso, su tercera hospitalización en seis meses. El residente a cargo anunció de manera final, "esta es la última ocasión en que esta mujer ingresa a este hospital, ¿no se da cuenta de lo que está haciendo consigo misma?"

Después condujo al equipo médico a la habitación de la Sra. A. Ella tenía apariencia delgada y pálida y se encontraba recostada en la cama con una sonda nasal para oxígeno suplementario. El residente a cargo se paró al pie de la cama y le dijo en voz alta "¡María, esto tiene que acabar ahorita mismo!" La Sra. A asintió débilmente.

"Lo digo muy en serio, María", continuó el residente en voz alta y muy adusto, "tu hígado y tus pulmones ya no aguantan esto. Si tomas un poco más de alcohol dejarán de funcionarte. Morirás de hemorragia o bien de alguna infección. Un sólo trago más, eso es todo lo que necesitas, ¿comprendes?"

La Sra. A comenzó a responder, "Ya lo sé, doctor. Estoy intentando ..."

El residente no la dejó terminar, "no basta con que sigas intentado, María. Es necesario que te detengas. Esta es tu última oportunidad, pues ya es demasiado tarde. Hemos hecho contigo todo lo posible. ¿Sabes qué difícil es lograr que te compongas para que a los pocos días regreses hecha una ruina?" La Sra. A comenzó a llorar.

El residente indicó a los miembros del equipo que salieran de la habitación. Ellos, que con anterioridad se sentían iracundos y frustrados, experimentaron alivio y su ánimo mejoró. Un residente dio palmadas al interno en la espalda y el jefe de residentes le dijo: "Creo que finalmente tu mensaje le llegó".

**Diagnóstico.** Dependencia del alcohol (eje I), otros diagnósticos psiquiátricos posibles, aunque no evaluados, véase la discusión más abajo; neumonía, desnutrición (eje III).

**Discusión,** Como era de esperarse, la intervención del equipo tuvo poco efecto. Cuando mucho, las advertencias a la Sra. A sobre su estado precario de salud y la amenaza implícita de dejar de proporcionarle cuidados le provocaron tanta ansiedad o impotencia que bebió aún más al regresar a casa.

Si el equipo hubiera llevado a cabo una evaluación más adecuada y obtenido los antecedentes pertinentes, hubiera preguntado a la Sra. A por qué motivo bebía alcohol. Posteriormente un psiquiatra se enteró de que la Sra. A había comenzado a beber alcohol en grandes cantidades ocho años antes cuando su esposo y su hijo murieron en un accidente automovilístico. Sufría depresión y ansiedad y se sentía socialmente aislada. Por último, la Sra. A fue enviada a un programa para tratamiento del alcoholismo, pero sólo después de dos años de ingresos repetidos a la clínica. Aunque el hospital contaba con orientadores para abuso de sustancias con entrenamiento excelente, capaces de evaluar a los pacientes y dirigirlos a los programas de tratamiento adecuados, el equipo médico no se molestó en llamarlos y ni siquiera se familiarizó con los servicios que estos orientadores proporcionaban. Aunque el equipo se sintió mejor después de ventilar sus frustraciones, la Sra. A no recibió la ayuda necesaria. A pesar de solicitar tratamiento de manera repetida por complicaciones derivadas de uso fuerte del alcohol no se le proporcionaron contactos para los recursos de tratamiento disponibles y su ciclo de uso de sustancias continuó sin modificación.

Generalmente los médicos no se sienten bien al confrontar las limitaciones de su propio poder para efectuar cambios en la vida del paciente. Quizá se sientan aterrados por la aparente naturaleza de falta de control del uso de sustancias, tan lejana del ideal del entrenamiento médico, y del *ethos* profesional. La ansiedad sobre la naturaleza autodestructiva repetitiva del uso de sustancias del paciente posiblemente aunada a la elevada tasa de uso de sustancias entre los médicos (mayor de 10% en muchos estudios) quizá ocasione que los médicos expresen su temor e ira no reconocido hacia estos pacientes. Es preciso que reconozcan este tipo de sentimientos para que puedan proporcionar tratamiento óptimo a las personas con problema de abuso de sustancias.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al dar tratamiento a personas que abusan de sustancias o dependen de ellas surgen diversos aspectos éticos; incluyendo aspectos de confidencialidad entre los pacientes y los médicos, asignación de recursos a pacientes que usaban sustancias con anterioridad o las usan en ese momento y el aspecto de control y autoridad del médico contra los derechos y libertades del paciente.

Mayra G, una mujer de 36 años, con antecedentes de 15 años de uso intravenoso de heroína fue hospitalizada por endocarditis bacteriana. El

ultrasonido cardiaco reveló que su válvula tricúspide tenía erosiones graves por la infección bacteriana, a pesar de la fuerte terapia intravenosa con antibióticos. Esta infección afectaba su funcionamiento cardiaco y amenazaba su vida.

El equipo de cirugía cardiaca asignado al caso de la Sra. G estuvo de acuerdo en que era necesario operarla para reemplazar la válvula dañada por una válvula prostética para salvar su vida. El equipo de cirugía tuvo una junta con la Sra. G el día anterior a la intervención. Le llevaron una forma de consentimiento diseñada especialmente para ella con el fin de complementar la forma de consentimiento estándar. Le explicaron que la someterían a intervención para reemplazo de válvula pero que ella tenía que estar de acuerdo en entrar a un programa para tratamiento de drogas y en que nunca volvería a usar heroína. En caso de que volviera a usarla, o algún otro tipo de sustancia de abuso, la Sra. G se comprometía a no ser elegible para someterse a otro reemplazo de válvula. La Sra. G se sintió intimidada por la fuerte postura del equipo quirúrgico y firmó la forma de consentimiento.

La intervención fue exitosa, y la Sra. G experimentó una rápida recuperación física. Entró a un programa de rehabilitación de drogas e inició un programa de mantenimiento con metadona. Dos años después, el programa de rehabilitación dejó de contar con "fondos" debido a una serie de recortes a nivel federal y estatal. La Sra. G no pudo entrar a otro programa de mantenimiento con metadona y a pesar de su motivación y su avance en los dos años previos, volvió a usar heroína de manera activa.

La Sra. G se presentó un año después con recurrencia de fallo de la válvula cardiaca. Fue hospitalizada en estado grave y a pesar de la terapia con antibióticos, su pronóstico era muy malo. Aunque desde el punto de vista clínico lo indicado era someterla a terapia de reemplazo de válvula, el equipo quirúrgico se negó a efectuarlo. Argumentaron que esa costosa intervención "se desperdiciaría en una persona que había comprobado no tener la voluntad de dejar de usar drogas". También mostraron al equipo médico primario y a la Sra. G una copia de la forma de consentimiento especial que ella había firmado tres años antes.

El caso fue llevado ante el comité de ética del hospital donde se señaló que el equipo quirúrgico había desarrollado una forma especial sin conocimiento del comité revisor de políticas hospitalarias y que esa norma especial se implantaba de manera forzosa a un número pequeño de pacientes, de manera tal que violaba los principios de equidad y justicia. Por ejemplo, si se seguía este razonamiento, los cirujanos también deberían negarse a efectuar intervenciones cardiacas en pacientes que fumaban, comían en exceso o aumentaban de algún modo su riesgo de enfermedad cardiaca.

El comité de ética mantuvo que la firma de la Sra. G en la forma de consentimiento especial no era válida porque la había firmado en situación de compromiso, ya que si se hubiese negado a firmarla, no le hubieran proporcionado el reemplazo de válvula. Según explicó un miembro del comité "No se puede considerar que la firma del consentimiento informado es 'válida' cuando tienes que hacerlo mientras una persona te está apuntando con una pistola a la cabeza". El equipo quirúrgico cedió y la Sra. G recibió su segundo reemplazo de válvula cardiaca.

**Discusión.** El problema de determinar si el uso anterior o actual de sustancias debe afectar la asignación de recursos escasos surge de nuevo, por lo que respecta a la decisión de proporcionar trasplantes de hígado a determinados pacientes con antecedentes de dependencia del alcohol. Los estudios demuestran que si el paciente se ha abstenido del alcohol por un lapso de seis a ocho meses antes del trasplante su riesgo de recidivas es bajo y su pronóstico es similar al de otras personas que reciben trasplante hepático.

Como parte de las nuevas políticas hospitalarias, no se permitía que los pacientes fumaran en la unidad de internos. El personal los llevaba a un patio tres veces al día, excepto cuando llovía. Los pacientes se sentían incómodos, pues el fumar cigarrillos les permitía calmar sus nervios y no hacerlo les causaba mucha tensión. Se pusieron en contacto con el comité de asesoría a pacientes del hospital *(patient advisory board)* para protestar en contra de la prohibición de fumar diciendo que violaba sus derechos civiles.

**Discusión.** La prohibición de fumar plantea un difícil dilema ético. Aunque fumar cigarrillos constituye un riesgo para la salud, también proporciona comodidad y placer a los pacientes. Se argumenta que internos psiquiátricos deben tener libertad para tomar esta decisión.

La cuestión de la moralidad y la responsabilidad en el uso de sustancias ocasionó debates en 1997, cuando el Congreso de Estados Unidos decidió no ofrecer ayuda económica por discapacidad del seguro social por dependencia de sustancias. Las personas con diagnósticos duales de uso de sustancias y otro trastorno

psiquiátrico grave como depresión, esquizofrenia o trastornos de ansiedad fueron reevaluados recientemente por lo que respecta a su necesidad de recibir ayuda económica. Quizá se pida la opinión de los médicos que trabajan en sistemas más amplios para el cuidado de la salud como el medio de salud pública, con respecto a las políticas públicas sobre uso de sustancias. Esto incluye temas controvertidos como los fondos que se dedican a programas para cambio de agujas.

## CONCLUSION

El abuso de sustancias constituye una epidemia en Estados Unidos y en muchas otras partes del mundo. Los aspectos que los médicos deben afrontar al proporcionar cuidados a personas que abusan de sustancias, en las intervenciones y el tratamiento del abuso de sustancias en sí, son innumerables, complejos, difíciles y compensadores. El abuso de sustancias es una de las pocas afecciones médicas y psiquiátricas que se logra tratar con éxito con grandes beneficios asociados a la recuperación de la enfermedad: mejora radicalmente la calidad de vida y la longevidad de la persona.

Cada sustancia de abuso tiene su propio conjunto de resultados médicos y manifestaciones clínicas, además de un tratamiento específico y estrategias de intervención. Aunque las sustancias de abuso son muy diversas, se observan patrones y consecuencias bastante característicos y los tratamientos exitosos siguen determinados patrones y trayectorias.

Es fundamental reconocer que existe un problema de abuso de sustancias para efectuar una intervención; además, es esencial trabajar junto con el paciente a lo largo de las etapas de cambio para que el tratamiento sea eficaz. El proceso de abstinencia, sobriedad temprana y recuperación depende de la ayuda del médico a cargo, de la red social y de los programas de 12 pasos o de otros tipos orientados a la recuperación. Aunque el uso de sustancias nunca se "cura", la etapa de recuperación (no usar la sustancia y permanecer sobrio) proporciona esperanza e invierte o detiene los problemas médicos y sociales que se derivan del uso de sustancias. La recuperación es fundamentalmente el éxito del tratamiento y se logra mediante colaboración entre el paciente, el proveedor de cuidados y los apoyos sociales que permiten la remisión de este tipo de enfermedades, que duran toda la vida.

## REFERENCIAS


Alcoholics Anonymous: *The Big Book.* Alcoholics Anonymous World Services, 1973.

American Psychiatric Association: Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. Am J Psychiatr 1995;152 (11):1-59(Suppl).

American Psychiatric Association: *Psychiatric Services for Addicted Patients: A Task Force Repon of the American Psychiatric Association.* American Psychiatric Press, 1995.

Andreasen NC, Black DW: Alcohol-related disorders. Pages 375-393 in: *Introductory Textbook of Psychiatry,* 2nd ed. American Psychiatric Press, 1995.

Batki SL et al: Fluoxetine for cocaine dependence in methadone maintenance: quantitative plasma and urine cocaine/benzoylecgonine concentrations. J Clin Psychopharmacol 1993; 13(4)243.

Benowitz N: Clinical pharmacology and toxicology of cocaine. Pharmacol Toxicol 1993;72:3.

Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol 1995;56:423.'

Brady KT, Roberts JM: The pharmacotherapy of dual diagnosis. Psychiatr Ann 1995;25(6):344.

Cabaj RP: Substance abuse in gay men, lesbians, and bisexual individuals. In: Cabaj RP, Stein TS (editors): *Textbook of Homosexuality and Mental Health.* American Psychiatric Press, 1996.

Centers for Disease Control and Prevention: *HIVIAIDS Surveillance Repon.* US Department of Health and Human Services, Public Health Service. 1995;7(1).

Chester G, Greely J: Tolerance to the effects of alcohol. Alcohol, Drugs Driving 1992;8(2):93.

DiClemente CC: Motivational interviewing and the stages of change. Pages 191-202 in: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* Guilford, 1991.

Gawin FH et al: Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. Arch Gen Psychiatr 1989;46:117.

Goldstein A: The wild addictions: cocaine and amphetamines. Pages 155-167 in: *Addiction: From Biology to Drug Policy.* Freeman, 1994.

Halikas JA, Kuhn KL, Maddux TL: Reduction of cocaine use among methadone maintenance patients using concurrent carbamezepine. Ann Clin Psychiatr 1990;2:3.

Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry,* 7th ed. Williams & Wilkins, 1994.

Landry DW: Immunotherapy for cocaine addiction. Sci Am 1997;Feb:42.

Minkoff K: An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. Hosp Commun Psychiatr 1989;40:1031.

Minkoff K: Intervention strategies for people with dual diagnosis. Innov Res 1993;2(4):11.

National Clearinghouse for Alcohol and Drug Information

(Services for SAMHMSA): http:/, sequelang drug_ htm
National Household Study on Drug Abuse (NHSDA): ftp://ftp.health.org/ncadi/publications/meth.txt
National Institute of Drug Abuse. http://www.nida.nih.gov/
National Institute of Drug Abuse: *National Household Survey on Drug Abuse Highlights.* US Government Printing Office, 1991.
O'Malley SS et al: Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence. Arch Gen Psychiatr 1992;49:881.
Rosenthal RÑ: Comorbidity of psychiatric and substance use disorders. Prim Psychiatr 1995;2(7):42.
Saitz R et al: Individualized treatment for alcohol withdrawal. A randomized double-blind controlled trial. J Am Med Assoc 1994;272(7):519.
Schuckit MA: Alcohol and alcoholism. Pages 2146-2151 in: Wilson G et al (editors): *Harrison's Principles of internal Medicine,* 12th ed. McGraw-Hill, 1990.
Sorenson JL, Batki SL: Management of the psychosocial sequelae of HIV infection among drug buser. Pages 788-792 in: Lowinson JK et al (editors): *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook,* 2nd ed. Williams & Wilkins, 1992.
Stuppaeck CH et al: Assessment of the alcohol withdrawal syndrome—validity and reliability of the translated and modified clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-A). Addiction 1994;89(10):1287.
Tsuang D et al: The effects of substance use disorders on the clinical presentation of anxiety and depression in an outpatient psychiatric clinic. J Clin Psychiatr 1995;56 (12):549.
Volpicelli JR et al: Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. Arch Gen Psychiatr 1992;49:876.
Zorumski CF, Isenberg KE: Insights into the structure and function of GABA-benzodiazepine receptors: ion channels and psychiatry. Am J Psychiatr 1991; 148:162.

# Trastornos de la personalidad 12

*Amelia J. Wilcox, PhD, James M. Mol, PhD y David Elkin, MD*

Los trastornos de la personalidad difieren de otros trastornos psicóticos porque son crónicos y suelen afectar gravemente las relaciones personales. La mayoría de los trastornos psiquiátricos ocasiona que los pacientes se sientan incómodos por sus síntomas, los cuales se experimentan como extraños y perturbadores o **egodistónicos.** Por ejemplo, una persona deprimida probablemente se sienta cansada y triste y exprese que no se siente como siempre. De manera similar, una persona con ataque de pánico describe la sensación de ansiedad abrumadora. Pero una característica de los trastornos de personalidad es que son **egosintónicos;** es decir, desde el punto de vista del paciente, no está ocurriendo nada malo. Más bien, el mundo o las personas que lo rodean están mal y él puede hacer muy poco para cambiar las cosas hasta que otras personas comiencen a actuar de distinta manera. Aunque constituye todo un reto trabajar con este tipo de personas, todo médico debe conocer los principios básicos de valoración y control de los trastornos de la personalidad.

Los trastornos de la personalidad dan lugar a dificultades en las relaciones interpersonales. El nivel de disfunción varía en personas con este tipo de trastornos desde aquéllos de funcionamiento bajo que quizá no logren conservar su empleo y requieren hospitalización psiquiátrica intermitente, hasta individuos de funcionamiento más alto, que quizá estén relativamente bien adaptados a gran parte de la vida adulta, pero sean incapaces de formar relaciones maduras, saludables y satisfactorias.

Muchos de los rasgos que se discuten en el presente capítulo son comunes en individuos saludables. Cualquier persona en ocasiones se siente desconfiada, evita determinadas situaciones o busca gratificación inmediata, pero lo que puede constituir un estado temporal o situacional en el adulto saludable constituye un rasgo fijo y que no cambia en individuos con trastornos de la personalidad. Según el D*SM-IV,* los trastornos de la personalidad se caracterizan por "un patrón de comportamiento constante de maladaptación, que permanece estable a lo largo del tiempo y en diferentes circunstancias", por ejemplo, la persona con trastorno de personalidad paranoica no confía en nadie, sin importar las circunstancias objetivas; el sujeto con trastorno de personalidad antisocial tiene mal control de sus impulsos y constantemente busca gratificación fácil e inmediata de sus deseos. Estos trastornos suelen observarse en la adolescencia tardía o inicios de la etapa adulta y continúan a lo largo de toda la vida. Algunos de los trastornos son precedidos por diagnósticos en la niñez, como en el caso de trastorno de personalidad antisocial, que es precedido por trastornos de conducta.

Los **mecanismos de defensa** son operaciones mentales de tipo automático e inconsciente en su mayor parte que protegen a los individuos y evitan que se sientan abrumados por la ansiedad. Las fuentes de ansiedad que impulsan a los individuos a usar estos mecanismos de defensa incluyen presiones e impulsos internos y también presiones y requerimientos del mundo externo. Los mecanismos de defensa forman parte del funcionamiento tanto patológico como saludable; sin embargo, el uso de mecanismos de defensa maladaptados en forma rígida y constante diferencia a los individuos que padecen trastornos de personalidad de las personas saludables.

## CAUSAS

Se ha discutido ampliamente la génesis de los trastornos de la personalidad. Las teorías psicodinámicas se enfocan en tareas de desarrollo mal resueltas o no resueltas como la raíz de este tipo de trastornos. Las investigaciones recientes en sustratos biológicos han proporcionado datos de mayor excitabilidad del sistema límbico en personas con este tipo dé trastornos. Aunque las investigaciones sugieren que quizá los factores genéticos desempeñen un papel en el desarrollo de algunos trastornos de personalidad, se considera que el entorno y las experiencias de la niñez temprana son factores causales mucho más significativos.

Durante siglos los filósofos y estudiosos han luchado por comprender la naturaleza, la causa y los efectos de la personalidad. En el siglo XIX, los diversos

fracasos en el tratamiento psicoterapéutico condujeron a una mayor conciencia del significado de la personalidad y de los rasgos perdurables del carácter. La teoría y la técnica para valorar y tratar a las personas con trastornos de la personalidad se relacionan de manera singular con la historia temprana del psicoanálisis. Inicialmente los pacientes con trastornos de personalidad se consideraban similares a las neuróticos. Sin embargo, estos sujetos no solamente no se beneficiaron del análisis, sino que a menudo experimentaron más regresión, desorganización y fueron menos funcionales. Además muchos desarrollaron relaciones románticas sumamente intensas con sus terapeutas.

A inicios del siglo xx, el Dr. Franz Breuer empleó la hipnoterapia para aliviar los síntomas psicosomáticos de su paciente Anna O, derivados de la muerte de su padre. El Dr. Breuer se dio cuenta de que la paciente estaba desarrollando sentimientos románticos hacia él y que a su vez él se sentía inclinado a corresponderle. De manera abrupta dijo que Anna O "se había curado" y dio por terminada la terapia. Esa misma noche lo llamaron de la casa de Anna donde la encontró con un ataque de histeria de parto (seudociesis) y gritando "¡estoy dando a luz al bebé del Dr. Breuer!" Conmocionado, el doctor se puso en contacto con un joven neurólogo colega suyo y le pidió que asumiera el cuidado de Anna O. Ese neurólogo era Sigmund Freud, quien aplicó una "cura a través de la conversación" a la paciente. De este modo, Anna O fue la primera paciente de psicoterapia y se relaciona con la fundación del movimiento psicoanalítico.

Después que se les identificó de este modo, las personas con trastornos de personalidad se consideraron como no susceptibles del tratamiento, hasta que en las décadas de 1920 y 1930 las modificaciones de las técnicas terapéuticas permitieron comprender mejor la psicopatología de estas personas y lograr más éxito en su tratamiento. Los avances posteriores en la teoría y práctica durante las décadas de 1970 y 1980, efectuados por Kohut, Kernberg y Masterson, mejoraron considerablemente los resultados terapéuticos. También ampliaron la noción de que los trastornos de personalidad se originan de detención del desarrollo psicológico en la niñez temprana, porque las personas no logran alcanzar metas críticas del desarrollo como formación de vínculos, separación e individualización con las figuras de sus progenitores.

## VALORACION DIAGNOSTICA

El *DSM-IV* clasifica los trastornos de personalidad en el eje II. Divide los trastornos de personalidad en tres grupos, que son similares desde el punto de vista descriptivo. Esta división no implica que dichos trastornos sean mutuamente exclusivos, ya sea dentro de los grupos o entre ellos. De hecho, las personas en ocasiones presentan síntomas de más de un trastorno de la personalidad. Cuando se caracteriza el paciente como poseedor de "rasgos" de algún trastorno de personalidad, esto implica que presenta características de dicho trastorno de personalidad pero no cumple con todos los criterios para el diagnóstico. Cuando se diagnostica más de un trastorno de personalidad, la persona cumple con los criterios para cada uno de los diagnósticos citados. Cuando se diagnostica trastorno de personalidad no especificado de otra manera (NOS), implica que este paciente presenta más de un trastorno de personalidad, pero no cumple con todos los criterios para ninguno de los trastornos. En el cuadro 12-1 se da una lista de los grupos descritos en el *DSM-IV.*

La mayoría de las personas experimenta regresión en situaciones de tensión, lo que implica que manifiestan pensamiento y comportamiento mucho menos maduro. De este modo, cualquier paciente que ingrese al hospital o afronte una enfermedad grave quizá piense, se comporte y actúe de manera que no refleje su nivel de funcionamiento basal. El clínico debe diagnosticar trastorno de personalidad sólo tras obtener antecedentes completos, efectuar contactos colaterales (es decir, contacto con otros profesionales o miembros de la familia con el fin de obtener datos sobre los antecedentes de los pacientes y su funcionamiento) y mantener contacto con el paciente por cierto tiempo.

## GRUPO A: EXCENTRICO O RARO

Los pacientes con trastornos de personalidad del grupo A tienen dificultad para confiar en otras personas. Además de ser suspicaces y desconfiados suelen interpretar las acciones de otros como deliberadamente amenazadoras y tienden a proyectar sentimientos distorsionados sobre las demás personas. Teniendo en

**Cuadro 12-1. Grupos de trastornos de la personalidad**

Grupo A: "excéntrico o raro"
- Trastorno de personalidad paranoica
- Trastorno de personalidad esquizoide
- Trastorno de personalidad esquizotípica

Grupo B: "dramática, emotiva o errática"
- Trastorno de personalidad histriónica
- Trastorno de personalidad narcisista
- Trastorno de personalidad antisocial
- Trastorno de personalidad *borderline*

Grupo C: "temerosa o ansiosa"
- Trastorno de personalidad evasiva
- Trastorno de personalidad dependiente
- Trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva

cuenta estas tendencias, las personas con este tipo de trastornos tienen poca posibilidad de solicitar tratamiento por sí solos.

## Trastorno de personalidad paranoica

**Epidemiología.** Según el *DSM-IV,* la prevalencia de trastorno de personalidad paranoica entre la población en general es de 0.5 a 2.5%. En los niveles de tratamiento, la prevalencia es de 2 a 10 % para externos y de 10 a 30% para internos. Se observa una mayor incidencia en las familias de esquizofrenia crónica y trastorno de delirio del tipo de persecución. Este diagnóstico es más frecuente en varones. A menudo es precedido por ansiedad social y aislamiento en la niñez y adolescencia, bajo desempeño escolar y pensamientos o fantasías de tipo extraño.

**Características principales.** La característica predominante en el trastorno de personalidad paranoica es la desconfianza arraigada hacia otras personas. Los individuos con este trastorno a menudo se sienten inquietos, pues creen que otras personas "intentan aprovecharse de ellos" y tienen apariencia reservada, suspicaz e hipervigilante. A menudo perciben de manera errónea que otros intentan aprovecharse de ellos, anticipan ese hecho y se sienten resentidos por que otros se aprovechan de manera real o imaginaria. Suelen experimentar aislamiento social y casi nunca confían en otros.

Como estas personas luchan con aspectos de confianza básica, a menudo se presentan a los medios clínicos de manera reservada y suspicaz, niegan que padecen problemas y se resisten a ser ayudados. Quizá no deseen confiar en los médicos porque desconfían de que quieran ayudarlos o no saben cómo emplearán la información que les proporcionen. Esto presenta problemas, en especial en el medio de internos retenidos contra su voluntad, donde las decisiones legales requieren que las personas proporcionen información sobre su estado mental. Es probable que los sujetos con trastorno de personalidad paranoica teman ser controlados por otros y este temor aumente por el contacto involuntario con el sistema de salud mental.

Roberto E, un hombre de 55 años, ingresó a la unidad psiquiátrica de internos tras presentar ideas suicidas. Fue colocado bajo restricción involuntaria y llegó en ambulancia de su oficina, después de que su esposa recibió una llamada de él, durante la cual pareció bastante intranquilo e indicó que "simplemente iba a terminar con esto". Inicialmente el Sr. E negó tener problemas y dijo al residente que lo entrevistó "no es necesario que yo esté aquí ni necesito su ayuda". Pareció preocuparse por las reglas y normas con respecto a su restricción involuntaria y preguntó cuánto tiempo durarían revisando cuidadosamente la forma y protestando por la manera en que estaba escrita.

El Sr. E permaneció enojado y silencioso durante toda la entrevista inicial, volteando la cabeza hacia otro sitio y por último dijo al residente "no deseo nada de usted. No sé que es lo que intenta y no deseo hablar con usted en este momento".

El residente le preguntó si podía regresar más tarde para continuar con la entrevista y acordaron verse más tarde a determinada hora.

Cuando se encontró de nuevo en la sala de entrevistas, el Sr. E describió iracundo a "los payasos" de su trabajo que habían contratado a un nuevo empleado para que aprendiera las tareas que él realizaba. Cada vez con más ira y ansiedad reportó que estaba seguro de que su jefe estaba planeando desde hacía mucho reemplazarlo "con el nuevo idiota" y agregó "sólo estoy aguardando a que caiga el hacha". Describió que llegó a su empleo esa mañana y encontró sobre su escritorio un sobre cerrado de su jefe y le dijo al residente que aún no lo había abierto porque "estoy seguro de que es la notificación de despido".

Durante una entrevista colateral con la esposa del Sr. E, ella describió que con el transcurso de los años se había dado cuenta de que en general las sospechas de su marido eran poco precisas. Dijo "Anteriormente le creía y también me preocupaba. Venía a diario a casa quejándose de que sus jefes deseaban despedirlo. Nunca le parece cómo hacen las cosas y él cree que podría hacerlas mejor".

"Intenté razonar con él pero no funcionó. Después intenté hacer bromas al respecto, pero como bien sabe usted, él no tiene sentido del humor." Agregó "No es fácil vivir con una persona que piensa que sólo hay una manera correcta de hacer las cosas".

Durante una sesión de parejas posterior, la esposa del Sr. E sacó un sobre de su bolso y le dijo a su marido "tu jefe me llamó anoche, me dijo que estaba preocupado por ti y mencionó que te había dejado un mensaje sobre el escritorio para darte las gracias por la ayuda que le diste al nuevo empleado".

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad paranoica (eje II).

**Discusión.** Los enfermos con trastorno de personalidad paranoica suelen ser resentidos, envidiosos y sumamente sensibles a diferencias de poder en sus relaciones. Es probable que intenten controlar la entrevista, por ejemplo, intentando imaginar el objetivo que tienen las preguntas del médico. A menudo es de ayuda

darles oportunidades de control adecuadas, por ejemplo, permitiéndoles que elijan un momento mutuamente conveniente para realizar la entrevista.

La falta de sentido del humor es característica de las personas con este tipo de trastorno. Sus relaciones personales se caracterizan por una actitud fría y de superioridad, la necesidad de tener el control y en ocasiones celos patológicos y temor a la infidelidad.

Las personas con trastorno de personalidad paranoica emplean defensas primitivas como la **negación** que permite evitar pensamientos y sentimientos incómodos y que les causan ansiedad. Además, emplean la **proyección** para atribuir los pensamientos y sentimientos indeseables a otras personas, lo que produce un concepto distorsionado de la realidad.

Estas personas suelen luchar con fantasías de persecución que en ocasiones se entremezclan con fantasías de naturaleza más grandiosa. A menudo la convicción de que otros están en contra de ellos se transforma en realidad parcial Esto ocurre cuando su comportamiento hostil, suspicaz, irritable y controlador preocupa a quienes los rodean. También suele ocasionar maladaptación en el empleo y en las relaciones.

Es probable que estos pacientes tengan apariencia muy suspicaz y dificultad para participar en una entrevista psiquiátrica. En otros medios clínicos, los problemas de confianza disminuyen su capacidad para confiar en el médico que los trata y dificultan que acepte las recomendaciones de cuidado. Los médicos deben recordar que esto forma parte de la estructura del carácter del paciente, para así disminuir la posibilidad de considerar como afrenta personal su aparente falta de confianza. John Nardo advierte que los pacientes con trastorno de personalidad paranoica probablemente soliciten y requieran segundas y terceras opiniones con respecto a decisiones médicas.

**Trastornos relacionados.** Según el ***DSM-IV,*** en condiciones de tensión, las personas con trastornos de personalidad paranoica pueden sufrir episodios psicóticos muy breves. Quizá este trastorno sea precursor del desarrollo de trastorno de delirio o de algún trastorno esquizofrénico. En la entrevista de diagnóstico, es fundamental diferenciar entre los pensamientos y fantasías de persecución del paciente y los síntomas psicóticos de personas con trastorno de delirio del tipo de persecución y la depresión grave con rasgos psicóticos, o la esquizofrenia de tipo paranoide. Otros trastornos relacionados incluyen trastorno depresivo grave, agorafobia y trastorno obsesivo-compulsivo. Como siempre, es necesario investigar en estos pacientes la presencia de abuso del alcohol y de sustancias. Los trastornos de personalidad que tienen más probabilidades de presentarse junto con el trastorno de personalidad paranoica incluyen otros trastornos del grupo A y también los trastornos de personalidad narcisista, evasiva y *borderline.*

## Trastorno de personalidad esquizoide

**Epidemiología.** El trastorno de personalidad esquizoide es poco frecuente en el medio clínico. Dicho trastorno prevalece más en los hombres. Quizá exista mayor prevalencia del trastorno en parientes de los individuos con esquizofrenia o trastorno de personalidad esquizotípica (véase más adelante). Es probable que los factores culturales indiquen un diagnóstico incorrecto, como, cuando los inmigrantes de otros países o las personas que se encuentran en medios urbanos, pero proceden de medios rurales, se portan poco comunicativas.

**Características fundamentales.** El trastorno de personalidad esquizoide se caracteriza por una incapacidad fundamental para formar relaciones sociales. En consecuencia, el paciente que padece este trastorno, casi siempre elige efectuar actividades solitarias. Además, estos pacientes tienen poca o ninguna relación cercana, y parecen ser indiferentes a las alabanzas o críticas de otras personas. Son fríos, independientes y tienen un ámbito de emociones restringido. Además, tienen poco o ningún interés en relaciones sexuales con otras personas y disfrutan pocas actividades o ninguna.

Otra característica común de este trastorno es un sentido del yo mismo mal definido o quizá ausente. Estos individuos están apartados de otros, porque también se encuentran apartados de un sentido de su propia identidad. Las personas con trastorno de personalidad esquizoide niegan haber experimentado emociones fuertes como ira o alegría aunque quizá se encuentren preocupados con fantasías iracundas y en ocasiones violentas.

Las fantasías internas y la sensación de omnipotencia sirven como defensas a la persona con trastorno de personalidad esquizoide. Los aspectos fundamentales en estos individuos se relacionan con la confianza básica y el apego.

Mario H, un joven de 23 años, residía en un centro de rehabilitación para adultos jóvenes con enfermedades mentales. Había vivido ahí casi durante cinco años, más tiempo que cualquiera de los ocho residentes adicionales. Durante este tiempo aprobó sus exámenes para terminar la preparatoria, tenía una ocupación estable como empleado de una gasolinera de la localidad y nunca requirió hospitalización psiquiátrica.

A pesar de los antecedentes de funcionamiento relativamente estable del joven H, él tenía contacto mínimo cuando mucho con otros residentes del centro de rehabilitación y con otras

personas de la comunidad. No mantenía contacto con los miembros de su familia. Nunca había tenido una relación sexual o íntima. Cuando los residentes del centro de rehabilitación veían televisión o pasaban tiempo juntos, el joven H se encontraba solo en su habitación escuchando música de rock alternativo en su estéreo. Su único interés era la música, la cual aparentemente constituía una motivación para el trabajo, ya que con su salario compraba más discos compactos para su colección.

Las únicas ocasiones en que el joven H interactuaba con otros era durante las juntas obligatorias de la casa, la terapia de grupo y durante las comidas. Sin embargo, estas interacciones eran superficiales en su mayor parte, y el joven H parecía ser un observador aparte y poco interesado de las personas que lo rodeaban. Un miembro del personal con autoridad observó que el joven H mostraba un leve interés en desarrollar relaciones con dos de los otros miembros del personal. Los buscaba (cuando no estaban con otros residentes) para discutir sus últimas adquisiciones de discos compactos y compartir las letras de algunas de las más poéticas y nihilistas de sus canciones favoritas. En ocasiones, el joven H también reportaba a estos miembros del personal descripciones gráficas de fantasías sádicas que en general consistían en que algún cliente irritable de la gasolinera le acontecía algo violento o eran imágenes del joven H torturando a su jefe a quien percibía como demandante.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad esquizoide (eje II).

**Discusión.** El paciente esquizoide suele compartir fantasías complicadas (que a menudo incluyen ira y violencia) a las pocas personas con quien le interesa relacionarse. Aunque la comunicación de estas fantasías quizá parezca significativa por la aparente profundidad de la revelación, es notable que el médico quizá experimente poca conexión emotiva o empatía hacia los sentimientos en que se basan dichas fantasías o hacia otro material presentado durante estas interacciones. Inclusive, una persona que sea del agrado del paciente esquizoide sentirá que lo conoce muy poco.

**Trastornos relacionados.** El trastorno de personalidad esquizoide ocurre con mayor frecuencia junto con trastornos de personalidad esquizotípica, paranoica y evasiva. Las personas con estos trastornos de personalidad presentan notable aislamiento interpersonal. En ocasiones es difícil diferenciar entre estos trastornos. En el cuadro 12-2 se identifican sus principales características.

El trastorno de personalidad esquizoide, igual que la esquizofrenia, se caracteriza por relaciones interpersonales afectadas y pensamiento desordenado. Sin embargo, la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del eje I se caracterizan por periodos de síntomas psicóticos persistentes (como delirios o alucinaciones). En el trastorno de personalidad esquizoide casi nunca se observan síntomas psicóticos y suelen ser más transitorios y menos graves que las ideas delirantes o alucinaciones declaradas. Según el *DSM-IV,* es probable que el trastorno de personalidad esquizoide preceda a un trastorno de delirio o a la esquizofrenia. Quienes padecen trastorno de personalidad esquizoide también pueden desarrollar algún trastorno depresivo grave.

### Trastorno de personalidad esquizotípica

**Epidemiología.** El trastorno de personalidad esquizotípica ocurre en alrededor de 3% de la población general. Los miembros de la familia de los individuos que padecen este trastorno quizá tengan predisposición hereditaria a presentarlo. También tienen más pro-

**Cuadro 12-2. Comparación del trastorno de personalidad esquizoide con otros trastornos que se presentan de manera simultánea**

| | *Afectación interpersonal* | *Deseo de formar relaciones* | *Distorsiones cognoscitivas o perceptuales (p. ej., pensamiento mágico)* | *Síntomas psicóticos (p. ej., alucinaciones, auditivas o visuales, o delirios)* |
|---|---|---|---|---|
| Trastorno de personalidad esquizoide | Sí | | | |
| Trastorno de personalidad esquizotípica | Sí | | Sí | |
| Trastorno de personalidad evasiva | Sí | Sí | | |
| Esquizofrenia | Sí | | Sí | Sí |

habilidades de padecer esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, lo cual sugiere que este trastorno de la personalidad se relaciona de cierta manera con los mismos factores que conducen a la esquizofrenia. Como señalaron Cameron y Rychlak, en 1985, es probable que este factor hereditario sea mucho más fuerte en el trastorno de personalidad esquizotípica que en el trastorno de personalidad esquizoide. Según el *DSM-IV,* el trastorno de personalidad esquizotípica suele prevalecer más en los hombres.

**Características fundamentales.** El trastorno de personalidad esquizotípica se caracteriza por deficiencias del funcionamiento social e interpersonal, además de distorsiones cognoscitivas o perceptuales y comportamiento extraño. Estos trastornos interpersonales cognoscitivos y perceptuales se inician a comienzos de la etapa adulta y es preciso que estén presentes en diversos contextos para cumplir con los criterios diagnósticos.

Específicamente, los individuos con trastorno de personalidad esquizotípica no tienen relaciones cercanas fuera de sus familiares inmediatos y experimentan notable ansiedad social que no disminuye con la familiaridad. Albergan muchas sospechas y están paranoicos. Quizá presenten ideas de referencia (no en proporciones de delirio), tengan creencias extrañas o pensamiento mágico y experiencias perceptuales poco usuales. Por último, las personas con trastorno de la personalidad esquizotípica en general hablan de manera rara, su afecto es inadecuado o restringido y su comportamiento o apariencia es poco usual o notablemente extraño.

Los individuos esquizotípicos, igual que los esquizoides, tienen problemas fundamentales de confianza básica y apego. Sin embargo, las defensas que emplean los sujetos con trastorno de personalidad esquizotípica difieren, ya que reflejan mayor discapacidad de pruebas de la realidad. Además de recurrir a defensas como fantasías internas y sensación de omnipotencia, estas personas también emplean como defensa la negación, la proyección y el **desplazamiento** (desplazar el enfoque de sentimientos incómodos hacia otros individuos o circunstancias que resulten menos amenazantes).

Es preciso tomar en cuenta los factores culturales antes de atribuir las creencias o rituales religiosos o espirituales (p. ej., creer en un sexto sentido o en la capacidad para controlar la salud y la enfermedad) al pensamiento mágico.

Francisco K, un habitante de una residencia que proporcionaba alojamiento y cuidados, de 30 años de edad, fue llevado a la unidad de servicios psiquiátricos de urgencia para evaluación porque había llevado a su habitación todos los cuchillos afilados de la residencia "en caso de que alguien volviera a hacer eso de nuevo". Cuando le preguntaron por qué se sentía inseguro, respondió con una historia intrincada y compleja que incluía a otros residentes del hogar que intentaban dañar artículos de "su preciosa colección de grandiosas escenas de películas históricas y cosas dignas de ser recordadas de la edad de los gigantes".

El Sr. K usaba ropa de los años 40, toda de color negro, incluyendo un deslustrado sombrero de hongo y gastados guantes de piel. No tenía empleo y cobraba discapacidad por salud mental; además pasaba todo el tiempo solo, recortando fotos de estrellas de las revistas que adquiría en tiendas de antigüedades y de novedades. Durante el examen de salud mental, el Sr. K indicó de manera obtusa que creía que estaba relacionado de manera secreta con Clark Gable, pues cuando se quedaba "sumamente quieto" en realidad se transformaba en el difunto actor por "fracciones de segundo".

Al concluir la entrevista, el psiquiatra de la residencia decidió que el comportamiento del Sr. K no cumplía con los criterios de ser peligroso para sí mismo u otras personas o discapacidad grave. El gerente de la residencia que llevó al Sr. K a la sala de urgencias dijo que había recogido los cuchillos de la habitación del paciente y que el Sr. K estaba de acuerdo en notificarle si continuaba con la preocupación de que alguien intentara destruir sus propiedades. El Sr. K fue enviado a casa con una prescripción de antipsicótico a dosis bajas y se programó una junta de seguimiento con su psiquiatra la siguiente semana. El Sr. K de manera callada y algo rígida agradeció a su psiquiatra por su "elegante profesionalismo" y notable sentido común le dio la mano y la saludó cortésmente inclinando su sombrero al salir de la unidad.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad esquizotípica (eje II).

**Discusión.** Con frecuencia el hecho de que el individuo dé explicaciones confusas o ambiguas con respecto a algún problema o preocupación, indica que es suspicaz o paranoico. La ofuscación quizá refleje pensamientos complicados, o sea un intento de ocultar desconfianza hacia el entrevistador. El habla rígida o idiosincrática constituye un ejemplo de rarezas del habla que se observan con frecuencia en personas con trastorno de personalidad esquizotípica.

La apariencia extraña de estos pacientes puede ser desorganizada u organizada, como en el caso anterior. La apariencia física desusada y la ropa poco común quizá den la impresión de que la persona está representando un papel y por lo tanto utiliza un disfraz para tomar parte en

alguna producción u obra teatral. Las relaciones interpersonales afectadas o ausentes en su mayor parte, son centrales en la psicopatología del paciente esquizotípico. El pensamiento mágico puede adquirir proporciones de delirio en ciertos casos, pero en general suele ser menos grave, dura menos y no se presenta con la misma convicción que una ilusión.

**Trastornos relacionados.** Según el *DSM-IV,* las personas con trastorno de personalidad esquizotípica pueden desarrollar síntomas psicóticos importantes (p. ej., alucinaciones o delirios). A consecuencia de estos síntomas, el paciente podría calificar para el diagnóstico de trastorno psicótico breve, trastorno de esquizofrenia, trastorno de delirio o esquizofrenia. Muchas personas con trastorno de personalidad esquizotípica quizá presenten antecedentes de algún trastorno depresivo grave o de un episodio depresivo grave que coexiste en ese momento. El trastorno de personalidad esquizotípica en ocasiones coexiste con trastornos de personalidad esquizoide, paranoica, evasiva o *borderline.* Como se mencionó con anterioridad, el trastorno de personalidad esquizotípica difiere del trastorno de personalidad esquizoide porque se observa excentricidad en el pensamiento y comportamiento de la persona esquizotípica o que habla de manera rara.

## GRUPO B: DRAMATICO, EMOTIVO O ERRATICO

Las personas dentro de este grupo tienen dificultades básicas con trastornos del yo mismo (un sentido inestable, poco realista, mal definido o ausente de la propia identidad, y baja autoestima). Otras dificultades fundamentales incluyen problemas con la separación de otras personas y culpa y otro tipo de conflictos con respecto a la sexualidad. Usualmente se solicita tratamiento para problemas de relaciones y en la comunidad, resultado de las perturbaciones de estos pacientes, más que síntomas directos de los trastornos de personalidad en sí.

### Trastorno de personalidad *borderline*

Los psicoanalistas de fines de la década de 1930 describieron las características de lo que ahora se conoce como trastorno de personalidad *borderline,* cuando comenzaron a observar a pacientes demasiado frágiles para el tratamiento analítico clásico, pero no suficientemente perturbados como para poderles diagnosticar esquizofrenia. Estas personas solían experimentar regresión y tener pensamiento desorganizado bajo tensión, muchos de manera suficientemente grave como para presentar síntomas psicóticos. Se adoptó el término *borderline* (frontera o límite) porque se consideró que los síntomas de estas personas existían en el límite entre la neurosis y la psicosis. Actualmente, el trastorno de personalidad *borderline* se reconoce no como un estado entre dos niveles de funcionamiento, sino más bien como un nivel habitual de funcionamiento con sintomatología específica. Las personas con trastorno de personalidad *borderline* se encuentran sobre un continuo. Algunos funcionan bien, otros peor, y presentan afecciones comórbidas y un mal pronóstico durante su vida.

**Epidemiología.** El *DSM-IV* indica que 2% de la población general, 10% de los externos en las clínicas de salud mental y 20% de los internos psiquiátricos cumplen con los criterios para el diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline.* Este diagnóstico es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los parientes biológicos de primer grado. También se observa mayor incidencia familiar de trastorno de estado de ánimo, trastornos de abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial.

**Características principales.** Las características incluyen una inestabilidad general de afecto, control de impulsos, relaciones interpersonales e identidad. Además, las personas con frecuencia tienen comportamiento suicida y parasuicida y otro tipo de actos que los lesionan, como el hecho de cortarse y quemarse ellos mismos, comportamiento sexual potencialmente riesgoso y abuso de sustancias. Bajo tensión, quizá presenten ideas paranoicas de tipo transitorio y, en algunos casos, inclusive episodios psicóticos breves o síntomas de disociación.

Las experiencias de los sujetos *borderline* se caracterizan por un vacío interno abrumador y el intenso temor de ser abandonados por otros. No son capaces de tolerar la ambivalencia y con frecuencia recurren a la **separación** (romper relaciones) como defensa. Dicha defensa forma parte de su tendencia a considerar que el mundo y sus pobladores son "todos buenos" o "todos malos" y en separar los sentimientos de competencia o conflictivos uno del otro de manera que los individuos puedan evitar la ansiedad, concentrándose únicamente en una emoción a la vez. Estos estados afectivos suelen variar con rapidez.

Sofía R, una mujer de 34 años bien conocida en el hospital y con el diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline* emitido por el terapeuta que le daba tratamiento como externa, ingresó al servicio de urgencias tras una amputación por debajo de la rodilla necesaria por síndrome de compartimiento (inflamación e isquemia de los tejidos de las extremidades) por una sobredosis aparentemente inadvertida. Una revisión de los expedientes médicos previos de la Srita. R indicó que había tenido varios ingresos recientes por otras sobredosis de tipo "accidental". Cuando se descubrió esto, se le sometió

a evaluación psiquiátrica. En la entrevista inicial la estudiante del servicio de consulta psiquiátrica observó múltiples cicatrices de lo que parecían ser quemadas de cigarrillo en sus brazos y muslos.

Posteriormente, durante las rondas, la simple mención del nombre de la Srita. R ocasionaba que el personal girara los ojos hacia arriba y la habitación se llenara de gemidos. Esto intrigó a la estudiante de psiquiatría quien acababa de conocer a la Srita. R. En su opinión, era una persona dulce, algo desvalida y ella estaba convencida de que este ingreso al hospital le sería de suma ayuda. La Srita. R ya había aceptado que la estudiante la recomendara para el servicio de abuso de sustancias para internos. Además, cuando ella revisó su expediente y habló con ella sobre sus antecedentes, se sintió bastante conmovida por las experiencias tristes y dolorosas de la vida de la paciente. Después de esa primera junta, la Srita. R le dio gracias a la estudiante por el tiempo que le dedicó y comentó que era una "interlocutora excelente" y que llegaría a ser una psiquiatra "muy buena y comprensiva".

Posteriormente ese mismo día, la estudiante recibió una llamada del personal de enfermería, quien se quejó de que la Srita. R había estado fumando en su habitación, vaciado la jarra de jugo sobre la enfermera e intentado pararse de la cama y sentarse en una silla de ruedas, diciendo "si no me van a dejar fumar aquí, me iré afuera". Se negó a que le pegaran un parche de nicotina gritando "¡No deseo dejar de fumar!". La estudiante llegó a la habitación de la Srita. R y la encontró sollozando fuertemente en su lecho. Aunque inicialmente la paciente miró con agrado a la estudiante, posteriormente se enojó con ella cuando le dijo que no podía darle permiso especial de fumar en su habitación. Tras una prolongada conversación, la Srita. R estuvo de acuerdo en que le pegaran el parche de nicotina, pero supuestamente sólo porque la estudiante pensó "que era una buena idea". Además la Srita. R indicó "no haría esto por ninguna otra persona".

La estancia hospitalaria de la Srita. R en esta ocasión continuó de manera muy similar. De manera alterna alababa o se mofaba del equipo médico primario y de personal de enfermería y ocasionalmente hacía comentarios sobre la estudiante de psiquiatría diciendo "que era tan sólo una estudiante". Esto hizo a la estudiante inadecuada y curiosamente enojada y hostil hacia la paciente. La Srita. R provocó graves trastornos en el piso médico y quirúrgico y el personal de enfermería fue cada vez más incapaz de atender a sus constantes llamadas. Algunos miembros del personal comenzaron a llamarle "la manipuladora del sistema" y otras la consideraban como una víctima desafortunada de circunstancias difíciles de vida y recursos limitados. Como último recurso se convocó a una junta de equipo para fijar reglas claras y expectativas. La estudiante se sorprendió de las opiniones tan diferentes que tenían las distintas personas sobre la Srita. R, casi como si se tratara de distintas pacientes.

La estudiante continuó entrevistándose a diario con la Srita. R concediendo particular atención a la evaluación de sus ideas suicidas y el potencial para dañarse a sí misma y preparándola para transferencia a rehabilitación. La Srita. R se negó en todo momento a admitir que tenía ideas suicidas y además posponía la discusión de su inminente transferencia del área de cuidados intensivos diciendo "falta mucho tiempo para eso", siempre que se tocaba ese tema.

El día de la transferencia la estudiante recibió una llamada desesperada de la trabajadora social, quien reportó que tras una tormentosa noche con las enfermeras, la Srita. R había abandonado la unidad y no se sabía de su paradero. La estudiante se sintió ansiosa y molesta y comenzó a pensar en lo peor: que tal vez la Srita. R había cometido suicidio o sufrido algún accidente. Tras dirigirse apresuradamente a la unidad, la estudiante encontró que la Srita. R había regresado de un "recreo para fumar" de dos horas y parecía secretamente complacida por el impacto que provocó su ausencia.

Cuando le recordaron que iba a ser transferida, dijo inicialmente que aún no había llegado el momento y después se resistió a la transferencia con enojo. Por último, el personal de la ambulancia llegó y se la llevó mientras ella hacía comentarios de que la estudiante de psiquiatría "no la había ayudado para nada".

La estudiante se sintió agotada y se cuestionó con respecto a la utilidad de su participación en el caso. Más tarde, el mismo día, se sintió aliviada de que la Srita. R había sido trasladada y observó que hacía chistes sobre ella con el interno y el estudiante de medicina del equipo primario. ..

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad *borderline* (eje II).

**Discusión.** El comportamiento parasuicida o los intentos de suicidio declarados son frecuentes en pacientes con trastorno de personalidad *borderline.* Estos incidentes suelen ocurrir de manera impulsiva cuando el paciente se siente iracundo o deprimido o después que pierde

alguna relación. Los pacientes *borderline* de funcionamiento más bajo a menudo recurren a la automutilación como método para aliviar la ansiedad. Algunos de ellos expresan que la automutilación es un intento de castigarse a sí mismos o de sentirse "vivos". Pueden experimentar disociación bajo tensión, la cual se caracteriza por despersonalización y desrealización y cuando se mutilan a sí mismos, describen que se sienten como "ajenos a su cuerpo" o que no perciben el dolor. Algunos médicos creen que los opiáceos naturales (las endorfinas) explican en parte la disminución de la percepción del dolor.

La inestabilidad afectiva y las expresiones intensas de afecto también son características de las personas *borderline.* Algunos pacientes alternan entre breves episodios de hipomanía y depresión en reacción a los acontecimientos de su vida. Los pacientes *borderline* a menudo creen que tienen derecho a ser tratados de manera especial y la dependencia en que incurren al ingresar al hospital constituye un campo perfecto para la regresión a comportamiento de tipo más infantil.

Otro rasgo común es la idealización, que a menudo va seguida rápidamente por devaluación. Además, los médicos, inclusive los más experimentados, a menudo presentan reacciones emotivas fuertes e inmediatas ante este tipo de pacientes. Dichos sentimientos suelen fluctuar, de manera paralela u opuesta al estado afectivo de la persona. A menudo incluyen fuertes sentimientos de ira, sensación de ser inadecuado, falta de confianza en sí mismo y agotamiento. Las reacciones emotivas fuertes tanto de tipo positivo como negativo se manejan mejor en el medio hospitalario mediante juntas de equipo que se enfoquen en unificar el método para cuidar del paciente. Esto incluye fijar límites claros sobre la cantidad y duración de contacto con el personal de enfermería y escoger a una persona del equipo primario como representante ante el paciente de los cuidados que se le suministran.

Quizá los pacientes *borderline* se adapten mejor al medio hospitalario en habitaciones semihospitalarias, cercanas a la estación de enfermeras, ya que esta ubicación les ayuda a convertir su temor de encontrarse aislado. Cuando el paciente se siente más seguro es menos probable que efectúe demandas excesivas sobre el personal hospitalario. También son frecuentes los sentimientos de abandono entre los pacientes *borderline,* por lo cual es difícil controlar sus transferencias y altas hospitalarias. Quizá reflejen el temor a ser abandonados de diversas maneras, incluyendo negativas vehementes, ataques iracundos a la persona que perciben que los va a abandonar o devaluación de la misma, y en ocasiones ataques contra sí mismos con el intento consciente o inconsciente de evitar que se efectúe la próxima transición.

El médico debe valorar con cuidado la historia de traumatismos del paciente al considerar el diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline,* ya que muchas características del trastorno de tensión postraumática compleja se superponen con los del trastorno de personalidad *borderline.*

**Trastornos relacionados.** Las personas con trastorno de personalidad *borderline* con frecuencia presentan otros trastornos relacionados del eje I, incluyendo trastornos del estado de ánimo (p. ej., ciclotimia y trastorno bipolar tipo II), trastorno de tensión postraumática y trastornos de uso de sustancias. Estos pacientes suelen ser más vulnerables a trastornos alimenticios. Los pacientes con funcionamiento más bajo quizá experimenten regresión psicótica bajo tensión. Los diagnósticos comórbidos adicionales incluyen breve psicosis reactiva, trastorno ciclotímico, trastorno de pánico, trastornos disociativos y trastornos de identidad sexual, en particular en personas *borderline* de funcionamiento bajo. Estos individuos en ocasiones luchan también con trastornos somatiformes y el trastorno de personalidad *borderline* se relaciona con frecuencia a otros trastornos de la personalidad. Como se discutió con anterioridad, la incidencia de suicidio es mayor entre este tipo de pacientes.

### Trastorno de personalidad antisocial

El diagnóstico de este trastorno tiene antecedentes prolongados y que en ocasiones se complica por la influencia de raciocinios críticos, excesivamente moralistas o declaradamente discriminatorios. El *DSM-IV* advierte que con frecuencia los factores socioeconómicos y culturales desempeñan un papel en lo que consideran comportamiento adecuado en comparación con antisocial, por lo cual este diagnóstico debe realizarse con cautela cuando la persona procede de un nivel socioeconómico bajo o de un entorno urbano.

**Epidemiología.** Según el *DSM-IV,* los estudios en gemelos indican que los factores ambientales y genéticos desempeñan un papel en el desarrollo de trastorno de personalidad antisocial. Los parientes biológicos de primer grado de individuos con trastorno de personalidad antisocial corren mayor riesgo de desarrollar esta afección. Es interesante que el riesgo de desarrollar trastorno de personalidad antisocial sea mayor cuando el pariente con el trastorno es una mujer. El diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial en la población en general es de 3 % para varones y 1 % para mujeres. En las poblaciones clínicas se estima que la

incidencia del trastorno es de 3 a 30%, según la población que se estudie.

No es sorprendente que el trastorno de personalidad antisocial tenga mayor incidencia en poblaciones de sujetos que abusan de sustancias o que se encuentran encarcelados. El riesgo de desarrollar este trastorno aumenta cuando el paciente presenta inicio del trastorno de conducta ante de los 10 años y tiene diagnóstico infantil de trastorno de deficiencia de atención e hiperactividad. A pesar de que el trastorno de personalidad antisocial es de tipo crónico, los síntomas suelen disminuir o desaparecer conforme el individuo envejece, en particular cuando llega a los 40 años. Esta disminución quizá sea resultado de que las personas encuentren métodos más aprobados por la sociedad para expresar sus impulsos, de la disminución general de energía, y de la tendencia a la dramatización que aminora con la edad.

**Características principales.** La principal característica del trastorno de personalidad antisocial es el patrón constante de comportamiento que se caracteriza por no tomar en cuenta las normas sociales prevalentes o por violar los derechos de otros. En ocasiones, este patrón incluye comportamiento ilegal recurrente, aunque es importante insistir en que no toda persona que lleva a cabo actos ilegales es antisocial y en que tampoco es necesario que exista comportamiento ilegal para emitir el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial.

Quienes padecen trastorno de personalidad antisocial a menudo son irresponsables y engañosos y en ocasiones mienten, embaucan, manipulan o utilizan de manera errónea a otros. Es característico que estos pacientes no sientan remordimiento por su comportamiento. Otras características del trastorno de personalidad antisocial incluyen impulsividad o falta de planeación, poca tolerancia de la ansiedad, incapacidad para retrasar la gratificación, irritabilidad y peleas físicas o asaltos recurrentes, y no tomar en cuenta la seguridad de sí mismo y de otros.

El principal mecanismo de defensa que emplean es la proyección de su propia hostilidad hacia el entorno, lo que conduce a mayor expectativa de que las otras personas sean hostiles con ellos y les permite racionalizar su comportamiento. Aunque estas personas superficialmente parecen agradables y encantadoras cuando las cosas salen como ellos desean, en otras ocasiones se comportan de manera resentida, despreciativa y demandante.

Como el trastorno de personalidad antisocial probablemente sea el más difícil de tratar de los trastornos de personalidad, es fundamental evaluar la gravedad del mismo. En 1975, Otto Kernberg elaboró una lista de los signos pronósticos negativos de psicopatología antisocial grave:

- carencia de valores personales,
- no tener conciencia de los sistemas de valores de otras personas,
- no tener conciencia de las implicaciones interpersonales de carecer de este tipo de sistemas de valores y del efecto que provoca esta deficiencia en otros,
- predominancia de comportamiento despiadado de tipo general hacia otros en contraste con comportamiento agresivo, impulsivo y tumultuoso en personas con trastorno de personalidad *borderline*.
- contradicciones entre los valores éticos formulados y el comportamiento y tolerancia de estas contradicciones sin culpa o preocupación,
- ninguna **señal de culpa,** por la cual los adultos corrijan por sí solos su comportamiento inadecuado tras recibir algún indicio de que están actuando en forma poco ética, o violando valores personales o sociales de tipo común.

Según el *DSM-IV,* las personas deben tener por lo menos 18 años de edad y haber demostrado evidencia de trastornos de conducta antes de los 15 años para cumplir con los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad antisocial. El **trastorno de conducta** (diagnóstico que sólo se aplica a niños o adolescentes) se caracteriza por un patrón de comportamiento como agresión hacia los animales o las personas, destrucción de la propiedad, engaños o hurtos y violación grave de reglas.

La deficiencia o ausencia de conciencia es central en la psicopatología antisocial. Para expresarlo con sencillez, aunque algunas personas antisociales se sienten apenadas cuando se descubren sus actos, no experimentan culpa y no se sienten obligadas a adaptarse a las reglas que rigen el comportamiento social. Con frecuencia estas personas se quejan de sentirse aburridos y con más precisión experimentan escasez de emociones. Theodore Millon indicó que quizá estén sumamente conscientes del estado de ánimo y los sentimientos de otros. Sin embargo, en vez de responder a las emociones del otro de manera empática, los sujetos antisociales en general usan este conocimiento para manipular a otros y aprovecharse de ellos. Quizá disfruten el dolor que causan y se complazcan en su propia capacidad de dominio y control.

Mónica V, una mujer de 30 años, se presentó como externa a una clínica de psicoterapia a solicitar una cita. Relató antecedentes prolongados de pérdida y parecía genuinamente afligida y llorosa durante toda la sesión. El residente de psiquiatría se sintió conmovido por su historia e impresionado por su sinceridad, pero al mismo tiempo percibió algo extraño. La Sra. V con

aparente pena reportó antecedentes de hurto en las tiendas y emisión de cheques sin fondo, por los cuales había sido detenida muchas veces y encarcelada con anterioridad. Describió antecedentes personales difíciles, incluyendo una niñez en que experimentó abuso y descuido y sus padres esperaban que hurtara alimentos para alimentar a la familia.

También describió una psicoterapia anterior, y reportó que había terminado de manera abrupta cuando la acusaron de hurtar un objeto del consultorio del médico. Al preguntarle si la acusación era cierta, ella replicó "bueno, si él era tan tonto como para dejar dinero y cosas en cualquier sitio, se merecía que le ocurriera eso".

Como sólo quedaban cinco minutos de la sesión, la Sra. V reportó con rapidez que debía presentarse ante el tribunal el día siguiente por su arresto más reciente, a consecuencia de hurto en una tienda, y que necesitaba una carta para comprobar que estaba recibiendo tratamiento psicoterapéutico para resolver con éxito los problemas que la conducían a robar.

Deseando ayudarle, el residente se mostró dispuesto a darle una carta que dijera que había asistido a la cita inicial, pero le indicó que tenía que discutirlo con su supervisor. La Sra. V le solicitó llorosa "por favor, déme ahora la carta y hable con él después". El residente se sintió muy incómodo pero mantuvo su decisión de hablar con ella más tarde.

Posteriormente, la secretaria de la clínica reportó que había dejado su escritorio algunos minutos, y al regresar un poco después observó que la Sra. V tenía papel membretado y un sobre en la mano.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad antisocial (eje II).

**Discusión.** Las personas con trastorno de personalidad antisocial casi nunca consideran las consecuencias de sus actos ni modifican su comportamiento o aprenden de sus experiencias. Aunque estas personas suelen crear sentimientos de aprensión, sospecha o ira en quienes las rodean, con frecuencia logran engañarlos y mantienen una apariencia de buen comportamiento social. De este modo, con frecuencia logran engañar a las personas. Sufren problemas cuando el médico no está consciente de que el paciente lo engaña. Por ejemplo, las personas con este trastorno quizá ejerzan presión cuando la sesión está a punto de terminar para que el médico les conceda cosas inadecuadas.

Es poco probable que los sujetos con trastorno de personalidad antisocial soliciten tratamiento voluntariamente para los síntomas de su afección. En general, entran en contacto con el sistema de salud mental tras haber sido detenidos, encarcelados o porque el tribunal ordena que participen en algún tratamiento. También entran en contacto con el sistema médico cuando su comportamiento riesgoso les ocasiona lesiones físicas, por ejemplo, cierto paciente que experimenta una lesión ortopédica por saltar de uno a otro techo mientras escapaba de la policía. En estos casos, en ocasiones se observan indicios de depresión tras el encarcelamiento. Sin embargo, esta depresión suele ser de corta duración y se cree que se relaciona tanto con el hecho de haber sido atrapados como con la incapacidad del paciente para descargar el afecto intolerable en medios estructurados como la cárcel. La depresión puede ir acompañada de ira y ansiedad. La posibilidad de que la persona antisocial solicite tratamiento para evitar castigo legal también debe considerarse.

**Trastornos relacionados.** Según el *DSM-FV,* los trastornos comórbidos comunes incluyen trastornos de ansiedad, depresivos, relacionados con abuso de sustancias, de somatización y del control de los impulsos. Las personas antisociales a menudo tienen trastornos adicionales de la personalidad, en particular otros del grupo B.

## Trastorno de personalidad narcisista

El trastorno de personalidad narcisista es una categoría diagnóstica relativamente nueva que se empleó por primera vez en el *DSM-III.* Algunos médicos atribuyen la mayor prevalencia e importancia de este trastorno a factores socioculturales como el aumento de autoindulgencia y los movimientos para "mejorar la personalidad" que se popularizaron tras la Segunda Guerra Mundial, En 1978, Christopher Lasch escribió un libro describiendo estos cambios socioculturales y caracterizó a las décadas recientes como creadoras de la "cultura del narcisismo".

Aunque el diagnóstico es relativamente nuevo, en 1931 Freud describió los "tipos libidinosos narcisistas" de manera congruente con los criterios diagnósticos actuales. Los teóricos frecuentemente mantienen que el trastorno de personalidad narcisista tiene mucho en común con el trastorno de personalidad *borderline.* A pesar de semejanzas en la estructura defensiva de estos trastornos (ambos utilizan con frecuencia la separación y la proyección), las actitudes y modales de las personas narcisistas suelen ser muy distintas de las que presentan los sujetos *borderline.* La percepción de sí mismo de la persona *borderline* es inconsistente, mientras que los narcisistas tienen un sentido de sí mismos excesivamente exagerado y poco realista y a menudo parecen impenetrables.

**Epidemiología,** Según el *DSM-IV,* menos del 1 % de la población en general cumple con el criterio de trastorno de personalidad narcisista. En las poblacio-

nes clínicas se observa de 2 a 16% de este tipo de trastorno. Es significativo que de 50 a 75% de las personas a quienes se diagnostique trastorno de personalidad narcisista sean varones. Aunque los rasgos narcisistas son particularmente frecuentes durante la adolescencia, no indican necesariamente que el individuo desarrollará trastorno de personalidad narcisista de adulto. A menudo los individuos con este trastorno experimentan dificultades poco usuales para ajustarse a los cambios físicos y demás cambios que se vinculan con el envejecimiento.

**Características principales.** Las características principales del trastorno de personalidad narcisista incluyen un sentido grandioso de la importancia personal y el deseo concomitante de asociarse únicamente con otras personas a quienes se percibe como singulares o excepcionales. La preocupación con fantasías grandiosas y la necesidad de admiración excesiva son frecuentes. Estas personas presentan actitudes y comportamientos arrogantes y autoritarios. Carecen de empatía y emplean a otras personas para lograr sus propios fines. A menudo se sienten preocupados con sentimientos de envidia o por la creencia de que otros los envidian.

El principal conflicto de las personas con trastorno de personalidad narcisista es el temor de llegar a depender de otros. El sentido grandioso de sí mismos les sirve como defensa contra la sensación subyacente de ser inadecuados y la desesperada necesidad asociada de confiar en otros. Cuando estas defensas no funcionan bien, estas personas son particularmente vulnerables a que su frágil sentido de sí mismo resulte dañado y se hacen susceptibles a heridas exageradas o **lesiones narcisistas.** Cuando sienten este tipo de heridas, los pacientes con trastorno de personalidad narcisista suelen reaccionar con ira. Los mecanismos de defensa que comúnmente emplean este tipo de personas son separación (ruptura de relaciones) y proyección.

Interpersonalmente, los individuos con trastorno de personalidad narcisista suelen participar en relaciones volátiles. A menudo dichas relaciones se inician con un periodo de compenetración intensa e idealización del otro, seguido por devaluación y un rápido daño, en ocasiones explosivo, a la relación. Las personas narcisistas no se responsabilizan de las dificultades de las relaciones. Carecen de capacidad para sentir empatía y nunca logran comprender a fondo los sentimientos de otras personas.

Las personas con trastorno de personalidad narcisista a menudo producen fuertes reacciones emotivas en los médicos, que van desde idealización (la cual refleja la propia sensación grandiosa del paciente) hasta devaluación iracunda. En el último caso, los clínicos sienten que su propio narcisismo es menospreciado o lesionado al trabajar con estos pacientes.

Fernando L, un señor de 45 años, fue llevado a la sala de urgencias médicas con dolor torácico que se inició durante una junta de negocios. El Sr. L, un hombre de negocios de la localidad, insistió en que se permitiera a su secretaria acompañarlo en su ambulancia al hospital, y cuando el técnico médico de urgencias sugirió que ella lo siguiera en su propio automóvil, el Sr. L se enojó con él por su "incapacidad para comprender los importantes negocios que él tenía que terminar". Cuando llegó a la sala de urgencias y fue asignado a una residente de medicina, se negó a hablar con ella, insistiendo en que sólo permitiría que lo examinara el jefe del departamento de urgencias.

Con el diagnóstico de infarto del miocardio ingresó al hospital. Se negó a ser examinado por estudiantes y residentes e insistió en "sólo permitiré que me trate el Dr. A, el jefe de cardiología. El es muy famoso y ampliamente reconocido". El Sr. L hizo que una enfermera llorara cuando la ridiculizó por colocarlo en una habitación semiprivada. Cuando su compañero de cuarto se quejó de que no podía usar el teléfono que compartían, el Sr. L insistió en que sus negocios eran "mucho más importantes que simplemente hablar por teléfono". La enfermera del Sr. L le recordó que debía compartir el teléfono y permanecer tranquilo por su estado cardiaco vulnerable. El Sr. L comenzó a gritar, "¡Mi corazón está bien. Me encuentro en excelentes condiciones y tengo que atender negocios más importantes que cualquier otra persona en este sitio!". También amenazó con colocar una demanda en contra del hospital.

Posteriormente, el Sr. L se negó a asistir a un cateterismo cardiaco programado porque estaba aguardando "una llamada importante". El personal de enfermería se quejó de que él les daba órdenes excesivas y esperaba que tomaran sus mensajes telefónicos y las hacía esperar para tomarle sangre y vigilar sus signos vitales. Cuando la jefa de enfermeras habló con el Sr. L con respecto a este comportamiento, él nuevamente montó en cólera y telefoneó al presidente del hospital para quejarse sobre "el tratamiento malo y sin respeto" que le daban. Posteriormente, esa tarde el personal de enfermería escuchó que el Sr. L criticaba a su esposa por ir vestida con descuido, cuando llegó a verlo a la sala de urgencias.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad narcisista (eje II).

**Discusión.** Aunque un fuerte sentido de la importancia de uno mismo y de la valía es importante y adaptativo en muchas situaciones, la

presencia extrema y predominante de estas características diferencia a las personas con trastorno de personalidad narcisista de los individuos saludables. Las personas narcisistas se protegen a sí mismas contra sus propias dudas personales requiriendo que otros compartan una opinión grandiosa y distorsionada de su propia importancia personal. Como resultado, tienen pocas relaciones y principalmente de tipo superficial (o volátil) con otros. Tienen peca capacidad para sentimientos mutuos o empatía y en su mayoría no están conscientes de lo aislados y egocéntricos que son.

A menudo el medio hospitalario exacerba estos síntomas, ya que ellos intentan compensar los sentimientos de vulnerabilidad que se relacionan con sus problemas físicos o psicológicos, que hicieron necesaria la hospitalización. Esto da lugar a mayor grandiosidad, demandas y comportamiento autoritario. En ocasiones es necesario asignar a unos cuantos individuos para que trabajen con estas personas. Esta estrategia aumenta la posibilidad de que el paciente se sienta valorado y comprendido por los médicos.

**Trastornos relacionados.** Según el *DSM-IV,* es posible que se relacione trastorno distímico y trastorno depresivo grave al trastorno de personalidad narcisista en personas que luchan contra sentimientos de vergüenza o humillación. Los sujetos pueden quedar más hipomaniacos cuando experimentan grandiosidad. Los trastornos relacionados con abuso de sustancia son un problema frecuente y también la anorexia nerviosa. El trastorno de personalidad narcisista se relaciona con trastorno de personalidad paranoica y con todos los trastornos del grupo B.

## Trastorno de personalidad histriónica

**Epidemiología.** Alrededor de 10 a 15% de los pacientes externos de clínicas de salud mental tienen trastorno de personalidad histriónica. Los estudios sugieren que la tasa de prevalencia en la población general es de 2 a 3 %. Los médicos deben examinar las normas culturales con respecto a la expresividad emotiva y las expectativas para cada sexo al considerar este diagnóstico.

**Características principales.** Las características principales del trastorno de personalidad histriónica incluyen emotividad exagerada y comportamiento para llamar la atención. Este paciente necesita que otros lo admiren y es muy sensible a la más ligera señal de indiferencia o falta de interés; modifica su comportamiento con rapidez con el fin de mantener la atención del otro o conservar su admiración. Cuando esto falla, sucumben fácilmente a sentimientos de ansiedad, vacío y melancolía.

Los pacientes histriónicos a menudo realizan intentos de manipulación para lograr la atención de otros. Superficialmente son encantadores y gregarios y en cierto sentido controlan "las destrezas sociales necesarias para una fiesta". Extravagantes y dramáticos, llaman la atención por la forma en que visten, por sus manerismos y por su estilo interpersonal, inteligente, cálido y a menudo encantador. A menudo esto se encuentra aunado a seducción declarada o avances sexuales inadecuados. Dada su superficialidad, su tendencia a mantener blancos múltiples para obtener afecto y su labilidad emocional, parecen ser poco constantes y veleidosos.

Por debajo de este estilo atractivo, dramático y vivaz, se encuentra una estructura del yo mismo mal desarrollada e inmadura, que se caracteriza por dificultad para experimentar sentimientos genuinos de amor e intimidad, por tener tolerancia limitada a las frustraciones, por la búsqueda de emociones y cambios y la tendencia a aburrirse fácilmente con la rutina cotidiana.

El contacto con los profesionales médicos quizá se caracterice por comportamiento seductivo declarado y contactos físicos inadecuados.

Elena N fue enviada a la clínica de psiquiatría por su médico de cuidados primarios, quien informó que lo había consultado por quejas físicas ambiguas de tipo múltiple en las últimas semanas. Cuando la vio en la clínica de pacientes externos, la Srita. N se quejó de sentirse "triste y solitaria" por haber terminado una relación. Aunque el psiquiatra tuvo dificultades para obtener detalles de la Srita. N, en el transcurso de dos sesiones se enteró de la relación que acababa de terminar era la última de una serie de relaciones, ninguna de las cuales había perdurado más de algunos meses. La Srita. N se preguntaba de manera poco precisa si esto constituiría un patrón. El psiquiatra consideró que esta observación era una posible señal de que la Srita. N era capaz de comprender su situación a pesar de ser incapaz de efectuar observaciones más amplias.

En la siguiente cita, la Srita. N llegó muy arreglada. Hizo comentarios sobre su corto vestido de color brillante, cruzó las piernas de manera seductiva y le preguntó al psiquiatra si le agradaba como estaba vestida. El psiquiatra se sintió incómodo con la pregunta. La Srita. N explicó que había salido con amigos después de la última sesión y "había conocido este maravilloso hombre". Continuó, "nos hemos visto casi todas las tardes esta semana, y él también cree que soy especial y maravillosa. Quizá sea mi príncipe azul". Reportó que lo vería poco des-

pues de terminada la sesión y agregó que quizá "pasaría la noche con él por primera vez en esa ocasión". Pareció sentirse incómoda momentáneamente ante ese prospecto. Cuando el psiquiatra le preguntó qué estaba sintiendo ella, respondió ligeramente y con una encantadora sonrisa, "en realidad, ¡me siento perfectamente!"

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad histriónica (eje II).

**Discusión.** Millones de personas señalan que las preocupaciones externas, el uso masivo de la represión y las relaciones sociales superficiales son factores que contribuyen a perpetuar los patrones de comportamiento histriónico y la dependencia de otras personas.

La experiencia de tratar a un paciente histriónico es singular. Son personas amenas que con frecuencia relatan historias de manera vibrante y extravagante, que transmite un sentido de diversión y aventura. Sin embargo, el uso histriónico de represión, negación y disociación conduce a una opinión del mundo poco profunda basada en impresiones y de tipo global; escasez de riqueza interna; y ausencia de un yo mismo interno coherente. El enfoque que prefieren estas personas es el mundo externo y se esfuerzan por obtener la aprobación de otros. Efectúan poca reflexión personal; por lo tanto cuentan con pocas experiencias internas coherentes en las cuales basarse.

Los pacientes histriónicos no suelen presentarse a la psicoterapia, a menos que se sientan confrontados por cierto grado de aislamiento social. Es posible someterlos a psicoterapia enfocada a comprender mejor los conflictos y la dinámica interna, aunque no lo toleran con facilidad. Las primeras etapas de la terapia quizá se enfoquen a vencer las defensas del paciente con disposición de tolerar lo que probablemente constituya una reacción emotiva idealizada y fuerte de su parte.

Aunque las personas histriónicas tienen necesidad insaciable de atención y a menudo se comportan de manera seductiva, e inclusive exhibicionista para llamar la atención de otros, su capacidad para intimidad madura, tanto a nivel físico como emotivo es sumamente limitada, lo que suele afectar su funcionamiento sexual. Dada su tendencia hacia la competitividad, es posible que los pacientes histriónicos tengan muy pocos amigos de su mismo sexo.

En la literatura está bien documentado que la pareja histriónica-obsesiva constituye una díada marital común. Cada individuo proporciona a otro algo de lo que carece internamente. La persona obsesiva obtiene afecto y la persona histriónica estructura y organización. Con frecuencia las pacientes histriónicas ponen en práctica fantasías infantiles y perciben a sus compañeros como figuras paternas todopoderosas.

**Trastornos relacionados.** El trastorno de personalidad histriónica se relaciona con mayores tasas de trastorno de somatización y de conversión. Una explicación de esta relación es la tendencia de la persona a negar sus dificultades emotivas y expresarlas a través de canales físicos. Es probable que los sujetos con trastorno de personalidad histriónica sean más vulnerables a trastornos del estado de ánimo, en particular cuando confrontan el prospecto de perder alguna relación. Los trastornos comórbidos comunes de personalidad incluyen otros trastornos del grupo B y también trastornos de personalidad dependiente.

## GRUPO C: ANSIOSO O TEMEROSO

Las personas con trastorno de personalidad del grupo C experimentan dificultades por lo que respecta a autoasertividad y autoestima. Además, se sienten incómodos inclusive con una agresión modulada adecuadamente. Otros rasgos frecuentes son apartamiento de la sociedad, sentimientos de ser inadecuado, e hipersensibilidad a las críticas, aunque la manera de expresar estos rasgos difiere considerablemente de un trastorno de personalidad a otro.

### Trastorno de personalidad evasiva

**Epidemiología.** Según el *DSM-TV,* la prevalencia del trastorno de personalidad evasiva en la población general es de 0.5 a 1.0%. Cerca de 10% de los pacientes en las clínicas de salud mental para externos se les diagnostica este tipo de trastorno. El *DSM-TV* advierte a los médicos con respecto a aplicar este diagnóstico a grupos culturales en los que existan mayores expectativas de timidez y modestia y en aplicar este diagnóstico a inmigrantes que parecen evasivos, pero estén luchando con el proceso de aculturación. La timidez adecuada para la edad no debe malinterpretarse como signo de trastorno de personalidad evasiva en niños y adolescentes.

**Características principales.** La característica principal del trastorno de personalidad evasiva es una sensación prominente de ser inadecuado e hipersensibilidad al rechazo real o imaginario que se manifiesta en extraordinaria inhibición social. Es notable que el trastorno de personalidad evasiva constituya el único trastorno de personalidad egodistónico. Estas personas se sienten inquietas por su afección, quisieran que las cosas fueran distintas y consideran que ellos mismos ocasionan sus propias dificultades.

Las vidas de las personas evasivas a menudo se hacen sumamente restringidas y aisladas en un esfuerzo por evitar las temidas críticas. Es probable que estos

sujetos tengan relaciones con pocas personas, y aún entonces sólo con aquellas que han comprobado plantean poca amenaza de hostilidad o rechazo. Aunque quizá parezcan tan ensimismados y aislados como las personas con trastorno de personalidad esquizoide difieren significativamente de ellos porque desean formar vínculos con otras personas en oposición a preferir el aislamiento y el desapego.

Susana H, una mujer de 28 años, hizo varias citas y las canceló antes de presentarse en la clínica de externos. Se quejó de ansiedad, depresión y "sensación continua de temor". Tenía apariencia tímida y distraída durante la sesión y dijo "siempre me ha costado trabajo expresarme".

La Srita. H describió una relación de siete años con un hombre, que según su propia descripción, parecía totalmente paranoico y emocionalmente abusivo. Esta relación había terminado dos años antes. Ella reportó que bebía sola, tenía contacto con sus padres y su hermano y tenía un amigo con el que ocasionalmente iba a caminar; agregó "supongo que mi mejor amigo es mi gato".

Describió antecedentes de experimentar ansiedad en la niñez. Además, indicó que sus padres seguían siendo "bastante críticos". Agregó "se suponía que yo debía ser la más inteligente, pero nadie podía ser más inteligente que mi papá". Además reportó que aunque evitaba hablar en la escuela siempre que fuera posible, era buena estudiante y se graduó de una prestigiosa universidad.

Desde que terminó sus estudios, la Srita. H había tenido diversos empleos y describió un patrón de maladaptación en el trabajo en un campo competitivo y lleno de conflictos. Reportó que "en cierta ocasión la despidieron" varios años antes y describió entre lágrimas que la experiencia "le había resultado devastadora". Desde entonces, indicó que había renunciado de manera abrupta a diversos empleos (en cierta ocasión durante la hora del almuerzo) "porque me trataban mal y sabía que iban a despedirme". Tenía su empleo actual, devolver los libros a los estantes de la biblioteca, desde hacía seis meses e indicó "es lo más que he trabajado en cualquier sitio, pero este trabajo es poco interesante".

La Srita. H reportó con tristeza "veo que otras personas de mi edad se divierten y no sé qué hay de malo en mí. Deseo tener amistades y llevar una vida mejor pero me siento como Una niña pequeña buscando algo en una tienda de dulces. Quiero entrar pero temo que alguien me diga que no debo hacerlo".

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad evasiva (eje II).

**Discusión.** A pesar de su sufrimiento evidente, es probable que el temor al rechazo de las personas evasivas se manifieste como dificultades para obtener tratamiento psicoterapéutico. Desean ayuda y consideran que de hecho la necesitan, pero como ocurre con todas sus demás relaciones, carecen de confianza y temen al rechazo y a las críticas en la relación psicoterapéutica. Dado que su tolerancia a la crítica es sumamente baja, es probable que los individuos normales consideren retroalimentación constructiva o un consejo sea experimentado como exageradamente duro, primitivo y terriblemente rechazante por personas con trastorno de personalidad evasiva.

Las personas evasivas son hipervigilantes y sensibles en exceso a signos ambientales no pertinentes. Además, a menudo se sienten inundados por el afecto e intentan reprimirlo. Esta combinación conduce a un proceso de pensamiento algo desorganizado y distraído. Con frecuencia expresan el temor de romper en llanto o quedar en vergüenza cuando reciben críticas en público.

Las personas con trastorno de personalidad evasiva consideran que son muy inadecuados e inferiores y revisan con cuidado su comportamiento para determinar si es inadecuado o inepto. Ante otras personas tienen apariencia ansiosa, inhibida y tensa y por este motivo quizá engendren ese mismo tipo de reacción en las personas a quienes temen. Estas personas con frecuencia se adaptan a un nivel de funcionamiento muy inferior a sus capacidades naturales. Por ejemplo, con frecuencia gravitan hacia empleos que les permitan trabajar en condiciones de aislamiento.

El temor al rechazo puede plantear problemas especiales en el medio clínico, ya que las restricciones de tiempo con frecuencia requieren que el contacto con los pacientes sea breve y con finalidad definida. Es preciso advertir a los médicos que este tipo de pacientes malinterpretará el ambiente poco calmado, acelerado e inclusive levemente irritable de la clínica y probablemente llegue a la conclusión de que el médico es hostil hacia ellos.

**Trastornos relacionados.** Es probable que las personas con trastorno de personalidad evasiva sufran trastornos del estado de ánimo y las quejas somáticas son comunes. Con frecuencia se asocian los trastornos de personalidad evasiva y dependiente y el primero ocurre con frecuencia junto con trastorno de personalidad *borderline.*

Entre más vulnerables sean a sufrir trastornos del eje I, las personas que presentan trastorno de personalidad evasiva probablemente experimenten trastornos de ansiedad (incluyendo fobias sociales y trastorno de pánico con agorafobia). En ocasiones se observan procesos de pensamiento sumamente obsesivos en los sujetos de este tipo, ya que se encuentran expuestos a repasar las interacciones para observar signos de que ellos mismos son adecuados, o de hostilidad por parte de otros. El trastorno de ansiedad, cuando está presente, inhibe aún más a estos pacientes y puede producir ensimismamiento total.

## Trastorno de personalidad dependiente

**Epidemiología.** Según el *DSM-IV,* el trastorno de personalidad dependiente es uno de los diagnósticos más comunes en el medio de salud mental. Los factores culturales contribuyen a las expectativas con respecto al papel del sexo y es preciso tener en cuenta las expectativas de mayor deferencia al evaluar a personas que proceden de distintos grupos culturales y étnicos.

**Características principales.** La principal característica del trastorno de personalidad dependiente es una necesidad extraordinaria de que alguien cuide de la persona, lo cual se manifiesta en un comportamiento necesitado, dependiente y sumiso. Estos sujetos buscan apoyo y seguridad en todas las áreas de la vida y tienen dificultad para tomar decisiones simples por sí solos. Suelen tener apariencia tranquila, pensativa y son de naturaleza generosa, pero todo esto al costo de negar cualquier emoción fuerte que ponga en peligro su relación dependiente. Estas personas tienen problemas para tomar la iniciativa y expresan sentimientos de impotencia cuando tienen que valerse por sus propios recursos. Les preocupa el temor de perder a la persona que cuida de ellos y buscan de manera frenética un reemplazo cuando esa relación termina. Las personas con trastorno de personalidad dependiente están plagados de dudas con respecto a sus propias capacidades y aunque en la superficie puedan parecer que tienen actitud positiva, en realidad son bastante pesimistas.

El médico debe tener cautela por lo que respecta al diagnóstico de este trastorno de personalidad en personas que luchan con alguna afección médica grave de tipo general. La mayor dependencia es común en estas circunstancias. Para diagnosticar el trastorno de personalidad dependiente, el médico debe contar con evidencia de dependencia que exceda a lo normal dado el estado clínico de la persona, además de un patrón predominante de comportamiento dependiente que se haya iniciado a comienzos de la edad adulta y esté presente en toda circunstancia.

Gilfredo B, un hombre de 59 años, padecía fiebre de origen desconocido e ingresó al hospital tras quejarse en el servicio de psiquiatría de ideas suicidas y de un plan para ahogarse. El Sr. B reportó que sus ideas suicidas surgieron en respuesta al temor cada vez mayor de que su hermana le pidiera que buscara otro sitio donde vivir.

El Sr. B, que completó todos sus estudios de doctorado en ingeniería química, con excepción de la tesis, vivió con sus padres hasta que murieron cuando él tenía aproximadamente 45 años. Describió que en esa época tomó la decisión abrupta de casarse con una bióloga que era varios años mayor que él y agregó, "Ella estuvo de acuerdo. Yo no estaba muy seguro pero lo preferí a quedarme solo".

Indicó que aunque tuvo varios empleos y se dedicó a la enseñanza, nunca ganó el suficiente dinero para mantenerse a sí mismo y a su esposa, pero agregó, "no era necesario, ella tenía mucho éxito y tomaba todas las decisiones". El Sr. B reportó que como no trabajaba fuera del hogar, "me veía obligado a realizar todo tipo de tareas domésticas y desagradables, incluyendo bajar al sótano a arreglar la bomba en un sitio lleno de telarañas". Pero agregó, "no me importaba hacerlo, ése era nuestro arreglo". El matrimonio terminó por decisión de su esposa hacía varios años, momento en el cual él se cambió de "manera temporal pero permanente" a casa de su hermana.

El Sr. B describió una declinación de funcionamiento con duración de siete años. Dijo que su ex-esposa no quería tener nada que ver con él, aunque él le llamaba con frecuencia para ver si se reconciliaban. El Sr. B pidió en ese momento al psiquiatra que se pusiera en contacto con uno de su amigos para avisarle que se encontraba en el hospital. Aunque se le alentó para que él mismo realizara la llamada, el Sr. B se negó y el psiquiatra pidió su autorización para efectuar una llamada colateral. Cuando entrevistó al amigo, éste describió que el Sr. B se hacía cada vez más dependiente: "me llama todos los días; comencé a ayudarlo con su solicitud para discapacidad del seguro social, pero ahora me pide ayuda para todo. Inclusive en ciertas ocasiones no puede decidirse sobre los alimentos que va a adquirir en la tienda".

El personal de enfermería describió al Sr. B como "necesitado" y "espera mucha asistencia". Reportaron que no parecía dispuesto a iniciar tareas si no se le daba considerable aliento. Mientras visitaba al paciente de la cama cercana, el psiquiatra observó que el Sr. B pedía a la enfermera que cambiara el canal de la televisión porque no sabía hacerlo y también le

pedía "¿Regresará más tarde para hablar conmigo? ¿Qué piensa que debo hacer con respecto a mi situación económica?" Cuando la enfermera sugirió que él debería decidir esto sin ayuda de ella, el Sr. B se puso lloroso y agregó "No puedo hacer las cosas por mí mismo. Nunca he podido hacerlo".

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad dependiente (eje II).

**Discusión.** Puesto que las personas que padecen trastorno de personalidad dependiente consideran que son incapaces de cuidar de sí mismos y necesitan los cuidados de otros, la amenaza de perder a las personas de quienes dependen puede precipitar una crisis significativa.

Estas personas son sumamente pasivas y quizá teman y eviten el desarrollo de cualquier tipo de competencia que conduzca a otros a esperar que ellos cuiden de sí mismos. Permiten que otras personas tomen todo tipo de decisiones, desde las más simples hasta las más complejas.

Para propiciar sus conexiones de dependencia, estas personas característicamente asumen una posición "inferior". Exageran sus deficiencias, ocultan su puntos fuertes y minimizan cualquier tipo de conflicto que surja en las relaciones. Con frecuencia tienen apariencia inocente a los ojos de los demás. Sin embargo, su enfoque en lo bueno y en lo positivo sirve como un intento de evitar confrontar las dificultades que pongan en peligro sus relaciones.

Se advierte a los médicos que tratan a este tipo de pacientes que sus propias reacciones emotivas quizá incluyan una tendencia de permitir el comportamiento dependiente de tipo inadecuado.

Puede ser difícil que los compañeros de los individuos dependientes toleren sus demandas de apoyo y cuidados y en ocasiones esto conduce a rechazos. Cuando se sienten confrontados con la pérdida o ruptura de una relación, estas personas buscan de manera no discriminada una nueva figura que los proteja. Quizá toleren cosas con las cuales no están de acuerdo o circunstancias sumamente nocivas o peligrosas incluyendo abuso físico o sexual para evitar que la relación se rompa.

**Trastornos relacionados.** Según el *DSM-IV,* los sujetos con trastorno de personalidad dependiente corren mayor riesgo de sufrir trastornos del estado de ánimo, trastorno de ansiedad y trastornos de adaptación. Algunos trastornos de personalidad comunes de tipo comórbido incluyen personalidad *borderline* histriónica e invasiva: En los niños, los trastornos relacionados incluyen trastorno de ansiedad por separación o enfermedades físicas crónicas.

### Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva

Las obsesiones y compulsiones se observan tanto en el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (TPOC) como el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que es un trastorno del eje I. Las **obsesiones** se refieren a pensamientos repetitivos y las **compulsiones** se definen como acciones repetitivas.

Los síntomas obsesivo-compulsivos son más extremos y agudos en el trastorno obsesivo-compulsivo y se experimentan como ajenos y causan sufrimiento. Este trastorno suele ir acompañado de rituales prominentes o comportamiento repetitivo marcado en contraste con el trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva. La mayoría de los pacientes con el TPOC no tienen TOC coexistente.

**Epidemiología.** Según el *DSM-IV,* el TPOC se observa aproximadamente en 1% de la población general y en 3 a 10% de las personas a quienes se atiende en el medio de salud mental. Se diagnostica con el doble de frecuencia en varones que en mujeres.

**Características principales.** La principal característica del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva es preocupación por el orden y perfeccionismo y existencia de intentos rígidos por parte del paciente para controlar a otras personas y a sí mismos. Se observa ausencia notable de flexibilidad, eficiencia y sinceridad que acompaña a las anteriores características.

De manera específica, los individuos con TPOC consideran la perfección como prioridad superior que completar las tareas en realidad. Pierden de vista el objetivo de la actividad por preocuparse por detalles, reglas, listas, orden, organización y programas. No gustan delegar tareas en otras personas a menos que estos individuos compartan su misma actitud perfeccionista. Los individuos obsesivo-compulsivos consideran que el trabajo y la productividad es más importante que la amistad y el placer.

Estos individuos también son rígidos en sus relaciones interpersonales y tercos. Son avaros y mezquinos, tanto en el aspecto financiero como emotivo y para consigo mismo y las demás personas. Por último, están excesivamente conscientes por lo que respecta a aspectos morales y éticos y son muy rígidos en estos campos.

El principal conflicto de los individuos con TPOC se refiere a aspectos del control. Los mecanismos de defensa que emplean con mayor frecuencia incluyen **anulación** y **aislamiento del afecto.** La anulación consiste en equilibrar las acciones o pensamientos que eliminan o minimizan la ansiedad que se relaciona con otros pensamientos o acciones. Por ejemplo, quizá el paciente indique que está muy enojado con algún miembro de su familia y poco después describa que desea hacer algo por ese miembro. El aislamiento de

afecto consiste en mantener las ideas separadas de los sentimientos que típicamente se relacionan con ellas. Estas defensas se emplean en un intento de controlar los pensamientos e impulsos que la persona considera inaceptables, además, para evitar experimentar la sensación de control por otros.

Federico S, un gerente de banco de 30 años de edad, fue hospitalizado porque su automóvil chocó contra otro en la carretera. Mientras el Sr. S se recuperaba de rotura de pelvis, pierna y contusiones múltiples que sufrió en el accidente, la residente de ortopedia solicitó una consulta psiquiátrica porque estaba preocupada por la aparente depresión del Sr. S y su autocrítica, pues repetía una y otra vez "por Dios, que me merecía esto", además de sus quejas repetidas de "la suciedad y gérmenes" en su habitación del hospital.

Cuando la residente de psiquiatría examinó al Sr. S, observó que a pesar del yeso y su mal estado físico, tenía apariencia totalmente meticulosa (muy bien rasurado, extremadamente bien peinado y con sus propia ropa de dormir, que al parecer estaba almidonada). Su habitación también estaba exageradamente ordenada: lo habían observado acomodando una y otra vez su ropa sobre el tocador y sus demás pertenencias estaban alineadas en un orden cuidadoso sobre el escritorio, por encima del cual se observaba un calendario donde estaban cuidadosamente anotadas sus citas para fisioterapia y diversos procedimientos médicos.

El Sr. S dijo que vivía con sus padres y recientemente había sido ascendido de cajero a gerente. Describió diversas dificultades en su nueva posición, incluyendo que su colaborador era "muy desordenado". Agregó que usualmente él realizaba todo el trabajo por sí solo pero que "nunca-tenía el tiempo suficiente". Describió sus problemas para completar proyectos a tiempo porque revisaba una y otra vez las cifras antes de ir a casa e indicó que continuaba trabajando en su oficina en el hogar.

Continuó describiendo un estilo de vida sumamente solitario. A veces salía con mujeres de su iglesia, pero casi nunca tenía una segunda cita porque según indicó esas mujeres "tenían un pasado poco virtuoso" y "hábitos no muy limpios". El Sr. S hizo la alusión de que sus lesiones no eran "totalmente" accidentales y el psiquiatra se enteró de que varios días antes del accidente "había recogido a una prostituta" y que experimentó depresión grave inmediatamente después de ello. Estaba convencido de haber contraído una enfermedad de transmisión sexual y pensaba que tanto el accidente como su supuesta enfermedad de transmisión sexual "eran un castigo de Dios".

El Sr. S respondió bien a los medicamentos antidepresivos y aceptó una recomendación con Un psicólogo privado para tratamiento psicoterapéutico externo. Varias semanas después el psicólogo reportó que el Sr. S era bastante reservado pero que el tratamiento le sentaba bien y que llevaba consigo listas largas y detalladas de los aspectos que deseaba discutir durante la terapia y había decidido regresar a su antiguo empleo de cajero.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva (eje II); considerar episodio de depresión grave (eje I).

**Discusión.** Las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva presentan un pensamiento moralista muy rígido caracterizado por juicios punitivos sumamente duros dirigidos en contra de sí mismos o de otras personas.

El paciente dedica su tiempo a satisfacer su deseo de orden, su perfeccionismo y su control rígido. Este enfoque quizá sea en parte adaptativo y a menudo es recompensado en contextos que requieren alto desempeño como escuela de posgrado o empleos que necesitan gran atención a los detalles. Sin embargo, dicha preocupación en general conduce a que el individuo sea poco eficaz porque no toma en cuenta la meta de determinada actividad sino que se enfrasca en los detalles.

Es fundamental comprobar que las creencias morales no sean compartidas por otras personas dentro de grupos culturales o religiosos específicos antes de atribuirlas al trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva.

**Trastornos relacionados.** Según el *DSM-IV,* quizá se observe relación entre el TPOC y trastornos de estado de ánimo y de ansiedad. Existe considerable superposición entre diversos rasgos del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva y las características de la personalidad tipo A, como competitividad, agresividad y urgencia con respecto al tiempo. Estos rasgos comunes suelen estar presentes en individuos que corren riesgo de sufrir infarto del miocardio.

## TRATAMIENTO

### Uso de diagnósticos de trastorno de personalidad en el registro clínico

El diagnóstico del trastorno de personalidad, en particular los trastornos del grupo B con personalidad *borderline* o antisocial, quizá sea utilizado de manera errónea por los equipos médicos para justificar que el

paciente reciba cuidados inusitadamente malos. Cualquier mención de un diagnóstico de trastorno de personalidad en el expediente del paciente se considera como un tema delicado.

En ausencia de antecedentes informativos de tipo preciso y de una valoración clínica continua y completa, las indicaciones de diagnósticos de eje II deben incluirse en el expediente clínico como provisionales, si es que se incluyen. Como se mencionó con anterioridad, los médicos deben anotar síntomas de algún trastorno de personalidad como "rasgos de personalidad" del eje II para cualquier individuo que no cumpla con todos los criterios para un diagnóstico específico. Emitir un diagnóstico de eje II o un diagnóstico provisional acompañado por recomendaciones de intervención puede ser de ayuda por diversos motivos:

- Quizá ayude al equipo a unificar su método para cuidar a los pacientes tipo eje II más difíciles.
- Probablemente ayude al equipo a reconocer que los rasgos observados son estables y relativamente no se modifican y a no tomar personalmente la res puesta del paciente ante el ingreso al hospital.
- Pueden ayudar al paciente y al equipo a reconocer y prepararse para aspectos críticos del tratamiento, como preparaciones para el alta o manera de transmitir malas noticias médicas.
- Tal vez ayuden al equipo a ajustar su método para pacientes inesperadamente sensibles a las variaciones sutiles de estilo individual, incluyendo la manera de comunicar los diagnósticos médicos y el tratamiento.

Para resumir, el objetivo del diagnóstico es constituir un fundamento para efectuar una intervención clínica eficaz.

## El medio de pacientes internos

Cuando los síntomas de trastorno de personalidad de la persona interfieren significativamente con su capacidad para participar en los cuidados, a menudo es de ayuda ponerse en contacto con el servicio de consulta psiquiátrica del hospital. Es más probable que este tipo de dificultades surjan en pacientes con trastornos de personalidad *borderline,* paranoica o narcisista.

Ya sea que los estudiantes se encuentran efectuando rotación en los servicios psiquiátricos o en otras especialidades médicas, es probable que participen en el cuidado de estos difíciles pacientes. Algunos pasos e intervenciones de utilidad incluyen los siguientes:

- Solicitar supervisión adicional para controlar a estos pacientes problemáticos, además, para comprender los sentimientos que originan en las personas que cuidan de ellos.
- Participar en juntas de equipo dirigidas a predecir y preparar las transiciones difíciles, además de unificar el método para cuidar del paciente.
- Ayudar al personal por lo que respecta a la estructura de contacto con el paciente. Quizá esto incluya tener contacto con el paciente a intervalos regulares para evitar el refuerzo no intencionado de comportamiento dependiente y demandante. También puede incluir asignar a proveedores específicos para que tengan contacto directo con el paciente con el fin de reducir la posibilidad de sentimiento de separación y abandono que puede ocurrir cuando el paciente recibe cuidados de múltiples proveedores.
- Ayudar al personal a proporcionar a los pacientes las oportunidades adecuadas de efectuar elecciones y conservar el control.
- Ayudar al personal a responder con límites y expectativas claros y no emotivos cuando surjan problemas de comportamiento. Los límites suelen ser más eficaces y se presentan al paciente a manera de alternativas. Aunque no sea adecuado cumplir con los deseos o solicitudes del paciente, es conveniente presentarle otras opciones. Los contratos de comportamiento suelen ser una herramienta útil.
- Predecir las transiciones difíciles. Esto es de ayuda para ciertas personas, ya que aumenta su estructura interna y sentido de control. Sin embargo, quizá este método resulte menos eficaz en personas con trastorno de personalidad paranoica, ya que quizá aumente su suspicacia y la preocupación de que otra persona ejerza control sobre ellas.
- Valorar el abuso de sustancias e intervenir de manera adecuada. El abuso y la dependencia de sustancias son problemas muy comunes en nuestra sociedad y la evaluación e intervención en trastornos de uso de sustancias constituye un componente importante de que la estancia hospitalaria tenga éxito. Esto incluye valorar el abuso de alcohol y drogas que causa síntomas de supresión y ocasiona dificultades para el control de los pacientes. También es necesario reconocer que en algunos medios hospitalarios, los pacientes continúan usando sustancias durante su estancia, poniendo en peligro su seguridad y la eficacia de los cuidados. Los servicios para abuso de sustancias del hospital, si se disponen de ellos, constituyen una fuente excelente a la cual recurrir y también son muy buenos para arreglar el seguimiento en la comunidad.
- Ponerse en contacto con los profesionales de salud mental que participan en los cuidados del paciente en la comunidad. Esto sólo es posible si existe una persona de este tipo y la persona está dispuesta a liberar información; sin embargo, se recomienda el contacto para enterarse de las tensiones recientes, de los antecedentes médicos del paciente (si los tiene) y de los métodos de cuidado que pro-

bablemente sean más convenientes. Además, el contacto con el proveedor de la comunidad quizá reduzca la posibilidad de que el paciente experimente división (p. ej., considerar a un proveedor como "totalmente bueno" y al otro como "totalmente malo"), lo cual puede ocurrir cuando el sujeto pasa de ser interno a ser externo.

## Medicamentos

E1 contacto con los psiquiatras de la comunidad y la consulta con el servicio de psiquiatría del hospital quizá resulten de suma ayuda para valorar al paciente con respecto a si es adecuado someterlo a determinada prueba con medicamentos. Se considera el uso de medicamentos psiquiátricos para el control de ciertos trastornos de personalidad del eje II o cuando un trastorno de personalidad coexiste con algún trastorno del estado de ánimo psicótico o de ansiedad, transitorio o crónico del eje I.

**Síntomas de psicosis.** El trastorno de psicosis puede presentarse como un trastorno aparte y de tipo continuo del eje I o de manera transitoria en el medio de algunos trastornos de personalidad (p. ej., en trastornos de personalidad *borderline* o paranoica). Un breve periodo de varias semanas o meses con antipsicóticos a dosis bajas constituye una intervención de ayuda en los estados psicóticos más transitorios. Como ocurre con todo tipo de medicamento, es importante obtener el consentimiento informado tanto por motivos legales como éticos y desalentar a la persona a interpretar los efectos secundarios como castigo o descuido por parte del médico.

**Síntomas del trastorno del estado de ánimo.** Los medicamentos antidepresivos son de ayuda para tratar a personas con distimia o depresión grave que ocurre de manera simultánea con algún trastorno de la personalidad. Se debe mantener bajo observación cuidadosa al paciente para detectar efectos secundarios, ya que algunos depresivos, en particular los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), pueden ocasionar que las personas vulnerables pasen a un estado hipomaniaco o maniaco (posiblemente con rasgos psicóticos) y disminuir el funcionamiento. Los pacientes con trastorno de personalidad *borderline* suelen ser particularmente vulnerables a esta reacción.

Es preciso tener en cuenta el riesgo de suicidio al tratar a sujetos con trastornos depresivos. El riesgo de suicidio del paciente aumenta conforme la depresión del estado de ánimo sube porque entonces dispone de más energía para actuar siguiendo sus impulsos. Por lo tanto es necesario un seguimiento cercano en las primeras etapas de tratamiento con antidepresivos para valorar la seguridad en personas con mayor riesgo de suicidio. Además, es preciso considerar cuidadosamente el antidepresivo que se elija. Los ISRS suelen preferirse con respecto a los antidepresivos tricíclicos (ATC) ya que hay más probabilidades de sobredosis mortal con estos últimos. En el capítulo 14 se discute más ampliamente cómo controlar a los pacientes suicidas.

En ocasiones se emplean estabilizadores del estado de ánimo como litio o ácido valproico en personas con trastorno de personalidad *borderline* acompañado por labilidad del estado de ánimo o ciclotimia.

**Trastornos de ansiedad.** Los antidepresivos son de ayuda para tratar a personas con trastornos de ansiedad y suelen ser preferibles a las benzodiacepinas, dadas las propiedades adictivas de estas últimas. Los sujetos con trastornos de personalidad del grupo C corren mayor riesgo de adicción a las benzodiacepinas, aunque cualquier persona que las tome por periodos prolongados se arriesga a desarrollar tolerancia a estos medicamentos.

Los antidepresivos son de ayuda para tratar a personas con TPOC, en particular si se observa notable obsesión o síntomas de trastorno obsesivo-compulsivo del eje I.

## Apoyo de la comunidad

Muchos de los casos descritos en el presente capítulo se beneficiarían del apoyo de la comunidad, como programas de abuso de sustancias o programas de terapia de grupo que se enfoquen en preocupaciones de los padres o en otros aspectos psicosociales, o programas de psicoterapia. Dar una recomendación eficaz (que el paciente tenga probabilidades de utilizar) es algo más que simplemente proporcionarle el nombre y el número telefónico. El médico debe considerar cómo presentar la recomendación teniendo en cuenta las metas y preocupaciones formuladas por el propio paciente y concederle suficiente tiempo para que haga preguntas con respecto a la recomendación.

Es útil contar con fácil acceso a los apoyos de la comunidad. Mientras el médico se encuentra en la escuela de medicina o en la residencia y efectuando rotaciones que requieren cambios de ubicación y adaptación rápida a cada nuevo medio, los practicantes deben ponerse en contacto con los servicios hospitalarios como programas para abuso de sustancias, servicios médicos de tipo social y servicios de consulta psiquiátrica para familiarizarse con ellos y utilizarlos con comodidad.

Después del entrenamiento, se recomienda en particular que cada médico desarrolle conocimientos funcionales de los recursos de salud mental en su comunidad, incluyendo agencias móviles y psiquiatras y psicólogos privados interesados en colaborar con los pacientes y los médicos que los recomiendan.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las personas con trastornos de la personalidad suelen generar considerable incomodidad y otras reacciones emotivas en los proveedores de cuidados para la salud. Estas respuestas son particularmente fuertes porque los pacientes recurren a defensas primitivas que a menudo proyectan las emociones conflictivas sobre las personas que cuidan de ellas. El mecanismo de defensa de la identificación proyectiva da como resultado que el médico adopte los sentimientos y emociones que originalmente pertenecían al paciente. De este modo, un paciente iracundo con personalidad *borderline* quizá se encuentre relativamente tranquilo, mientras que las enfermeras y los médicos se encuentran en medio de un caos y discuten entre sí cada uno con su distinto punto de vista.

La identificación proyectiva y la división del personal a menudo ayuda a los médicos a comprender la experiencia subjetiva del paciente. Es preciso que los médicos luchen por mantener sus propios sentimientos en perspectiva y reconozcan lo que está ocurriendo con el paciente. De lo contrario, el personal médico se siente cada vez más "agotado" y cansado, y es probable que proporcione cuidados médicos de calidad inferior. El control de las reacciones emotivas ante los pacientes con trastornos de personalidad también es un aspecto de liderazgo por parte del médico, quien debe reconocer las respuestas emotivas, pero no dejarse manejar por ellas, y ayudar a otros a que traten a sus pacientes de manera objetiva. Esto incluye reconocer aquellos pacientes que de manera superficial parecen hostiles, dependientes y demandantes, y luchan con un sufrimiento emotivo y crónico más profundo.

## CONCEPTOS ETICOS Y LEGALES

El hecho de trabajar con personas que padecen trastornos de la personalidad plantea diversos conceptos éticos y legales. Como los trastornos de la personalidad Son egosintónicos, y los pacientes quizá no reporten síntomas de importancia y distorsión a los hechos y situaciones para minimizar su propia contribución *los problemas de relaciones. Por lo tanto es fundamental que los médicos hablen con fuentes colaterales de información (p. ej., padres, cónyuge, amigos, hijos adultos) para determinar hasta qué grado la persona tiene dificultades interpersonales. Excepto durante las urgencias (p. ej., cuando se evalúa al paciente por posibles ideas suicidas o inmediatamente despúés de un intento de suicidio), se requiere autorización del paciente para ponerse en contacto con otras personas con el fin de obtener más datos sobre su vida y funcionamiento.

La ley en general respalda la confidencialidad del privilegio entre el paciente y el terapeuta y prohibe legalmente que los terapeutas divulguen descripciones a las autoridades en la mayoría de los casos. La excepción a la confidencialidad es cuando la persona representa una amenaza actual o futura de violencia para alguna víctima razonablemente identificable. En estas circunstancias, aunque la persona intente invocar el principio de confidencialidad, los terapeutas deben seguir las guías de Tarasoff y advertir tanto a la supuesta víctima como a la policía local de la posible amenaza.

> Felipe L, un paciente de 33 años de edad, con prolongados antecedentes de uso de heroína e infecciones cutáneas repetidas, fue hospitalizado por abscesos y posible endocarditis. Los antecedentes del Sr. L incluían diversos períodos en la cárcel por asalto y robo. El Sr. L indicó al estudiante del servicio médico que consideraba que los enfermeros de la sala de urgencias lo habían maltratado. Le reveló que planeaba esperarlos afuera de la sala de urgencias "caerles por detrás y darles una lección". Agregó que le revelaba esta información al estudiante "en confianza", y agregó "sé que usted no me traicionará".
>
> El estudiante le explicó que formaba parte de un equipo que participaba en sus cuidados y que tendría que transmitir estas fantasías posiblemente amenazadoras al residente. También se obtuvo una consulta psiquiátrica, aunque el Sr. L cooperó muy poco. Con sus antecedentes y los planes elaboradamente detallados para dañar a individuos específicos, el psiquiatra siguió las guías de Tarasoff y se puso en contacto con el personal de la sala de urgencias y la policía local para avisarles de la posible amenaza.
>
> Diagnóstico. Trastorno de personalidad antisocial (eje II); endocarditis (eje III).

Las personas con trastorno de personalidad *borderline* a menudo tienen antecedentes de abuso físico o sexual durante la niñez. El médico debe determinar si el perpetrador (con frecuencia alguno de los progenitores o un miembro de la familia o un amigó) tiene contacto actual con niños que quizá requieran contactar a los servicios de protección infantil, en ocasiones en contradicción directa con los deseos de sus padres.

Otra cuestión es determinar si es adecuado o aconsejable registrar el diagnóstico de trastorno de personalidad en el expediente del paciente. Con frecuencia

efectuar el diagnóstico de algún trastorno de la personalidad es valioso para predecir el comportamiento del paciente, la respuesta del personal ante el mismo, los posibles riesgos al formar una alianza terapéutica y definir un plan de tratamiento. La conciencia de que existe un diagnóstico del eje II ayudará al equipo médico o psiquiátrico a evitar desperdiciar varios días en realizar interacciones difíciles con la persona. Sin embargo, el diagnóstico de trastorno de la personalidad (en particular los trastornos del grupo B) también puede ser utilizado de manera inadecuada por el personal para justificar cuidados de tipo inferior. Los trastornos psiquiátricos también suelen "seguir" al paciente y son difíciles de contradecir.

Muchas compañías de seguros y de administración de cuidados y las organizaciones de administración de salud no costean el tratamiento de trastornos de la personalidad. Estas compañías indican que como los trastornos de la personalidad son afecciones crónicas que se inician a comienzos de la etapa adulta, en realidad constituyen "afecciones preexistentes" de las cuales ellos no se hacen responsables.

Jacinta A visitó al Dr. Jonás, su médico de cuidados primarios, para solicitar tratamiento por ataques de pánico y depresión. La Srita. A tenía antecedentes de abuso sexual durante la niñez y había realizado varios intentos de suicidio cuando tenía menos de 30 años. Además presentaba cicatrices múltiples en los antebrazos por cortadas que ella misma se había producido. La compañía de seguros de la Srita. A mencionó diversos trastornos psiquiátricos que no eran reembolsables, incluyendo trastornos de personalidad.

El Dr. Jonás sabía que si enviaba a la Srita. A para psicoterapia con el diagnóstico de posible trastorno de personalidad *borderline,* su compañía de seguros no pagaría su tratamiento y que ella no podía costear cuidados alternativos constantes. Por lo tanto, el Dr. Jonás sólo mencionó los trastornos del eje I en la forma de referencia de la Srita. A, atribuyendo su comportamiento autodestructivo a trastorno complejo de tensión postraumática. El Dr. Jonás se sintió molesto con su propia decisión y se preguntó si estaba justificado distorsionar el diagnóstico de la Srita. A para asegurar que tuviera acceso a los cuidados.

**Discusión.** Sin duda el lector también se siente incómodo frente al dilema legal y ético del Dr. Jonás. Evidentemente, su decisión de omitir el diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline* puede racionalizarse insistiendo en que él intenta proporcionar cuidados de calidad a esta paciente y existe controversia con respecto a si es correcto clasificar a los pacientes que sufrieron traumatismos repetitivos de la niñez como diagnósticos del eje II y el hecho de que la compañía de seguros no costee el tratamiento de trastornos de la personalidad en sí es poco ético. Sin embargo, las acciones del médico incluyen distorsión y engaño sobre el diagnóstico del paciente, lo cual podría considerarse como un fraude de seguros desde el punto de vista legal.

Reiser y Levenson describieron diversos usos inadecuados del diagnóstico de trastorno de personalidad que incluyen culpar al paciente por complicaciones del tratamiento y distorsionar las respuestas emotivas saludables del mismo ante la enfermedad, diciendo que son psicopatológicas. Esto ocurre con frecuencia cuando los pacientes se niegan a seguir el tratamiento recomendado.

Se solicitó una consulta psiquiátrica para Tulio B, un hombre de 51 años que se negaba a someterse a diálisis. Revisando su expediente, se observó que el equipo médico consideró la probabilidad de que en su hospitalización inicial sufriera fatiga y anemia. Sin embargo, en el día de la consulta el diagnóstico del equipo médico se modificó de manera abrupta como sigue: "Se informó al paciente que padece insuficiencia renal crónica y requiere diálisis. El paciente se niega a someterse a diálisis y presenta labilidad emocional. Evidentemente tiene resultados negativos para la prueba de la realidad; similares a los que se observan en trastorno de personalidad *borderline".*

Sin embargo, el psiquiatra entrevistó al paciente y a los equipos médicos y de enfermería y obtuvo una historia distinta. Al parecer, el equipo médico había trabajado demasiado y se encontraba muy cansado pues habían estado despiertos y trabajando de manera constante por 30 horas cuando entrevistaron al Sr. B. Le dijeron que necesitaba una intervención quirúrgica para que le instalaran una derivación para diálisis.

Cuando él solicitó más información con ansiedad, el equipo le dijo "Acabamos de ingresar a 12 nuevos pacientes, y no tenemos tiempo para hablar con usted; la enfermera encargada de diálisis lo verá posteriormente para explicarle el procedimiento". El Sr. B experimentó pánico y solicitó una segunda opinión. El residente y el interno se sintieron insultados y le dijeron que las cosas en el hospital no funcionaban así y que era preciso que firmara las formas de consentimiento tan pronto fuera posible. El Sr. B se negó y por eso se solicitó la consulta psiquiátrica.

El psiquiatra no sospechó trastorno de la personalidad basándose en la entrevista con el Sr. B y su esposa y pensó que la situación podría resolverse si el equipo médico y el Sr. B tenían oportunidad de considerar la situación con perspectiva. Permitió que el Sr. B compartiera sus sentimientos de frustración y por otra parte también permitió que el equipo médico hiciera lo mismo. Después sirvió como "arbitro" de comunicaciones en la siguiente junta entre el equipo y el Sr. B. En la junta se obtuvieron buenos resultados y el equipo dedicó más tiempo a discutir el diagnóstico del Sr. B, sus opciones de tratamiento y su pronóstico. El estuvo de acuerdo en someterse a la diálisis y no se presentaron más problemas en el curso de su estancia hospitalaria.

**Diagnóstico.** Posible trastorno de adaptación con ansiedad a consecuencia de alguna tensión reciente (enfermedad médica) (eje I); ninguno (eje II).

**Discusión.** El diagnóstico excesivo de trastornos de la personalidad en individuos hospitalizados y sometidos a tensiones similares es bastante frecuente. Los médicos que consideran cualquier diagnóstico de trastorno de personalidad deben recordar que dichos trastornos duran toda la vida y no se presentan de manera imprevista y siempre deben confirmar sus impresiones diagnósticas con información colateral, si se dispone de ella.

## CONCLUSION

En la práctica clínica y psiquiátrica, con frecuencia se encuentran trastornos de la personalidad. Es fundamental que el médico comprenda los métodos diagnósticos y el tratamiento de estos trastornos. El diagnóstico de un trastorno de personalidad debe basarse en una investigación cuidadosa y completa del estado basal del paciente, con información de fuentes colaterales. Se produce diagnóstico excesivo de trastornos de personalidad cuando los sujetos bajo tensión emocional a consecuencia de enfermedades físicas experimentan regresión en el medio hospitalario psiquiátrico o de internos médicos y recurren al uso de mecanismos de defensa primitivos. Una vez que se diagnostica con precisión algún trastorno de personalidad, se ayuda al clínico a predecir las reacciones de la persona ante circunstancias críticas y permite que el personal médico identifique los posibles riesgos en el cuidado del paciente.

Con frecuencia ayuda contar con un plan de tratamiento que incluya recomendaciones para otros miembros del personal sobre cómo interactuar con el paciente de manera cotidiana. Debido a la naturaleza intensa de las reacciones emotivas del personal ante los pacientes con trastornos psiquiátricos, los médicos deben luchar por comprender y utilizar sus propias reacciones para proporcionar un fuerte liderazgo al personal médico y prevenir que se suministren cuidados inferiores a la norma a consecuencia de sentimientos negativos hacia el paciente. Es necesario comprender las respuestas emotivas intensas y controlarlas para ayudar a detectar los trastornos de personalidad y tomar en cuenta el estado emotivo del paciente.

La formulación clínica de los trastornos de personalidad se ha expandido en los últimos 100 años para abarcar un cuerpo de conocimientos bien investigado acerca de los diferentes trastornos del carácter. Sin embargo, aún no es necesario resolver dilemas intrigantes con respecto al origen de los trastornos de la personalidad y a la personalidad en general. Las contribuciones relativas de la genética y el entorno (la cuestión inmemorial de la naturaleza en contra de la crianza) aún no ha sido dilucidadas. ¿En qué momento emerge la personalidad por primera vez? ¿Hasta qué grado afectan los factores sexuales y socioculturales al desarrollo de la personalidad? ¿Qué tan persistentes o maleables son los rasgos de la personalidad? Por ejemplo, se sabe que muchos niños pequeños son tímidos e inhibidos a los tres o cuatro años de edad, pero cuando tienen 10 años la mayoría de ellos ha vencido la timidez. El estilo de crianza en que se educa a los niños como si no fueran tímidos se ha relacionado con mayor posibilidad de alentar un comportamiento de mayor toma de riesgos, tanto en el aspecto individual como interpersonal.

De este modo, el estudio de los rasgos de la personalidad quizá suministren información valiosa y orientación para guiar a los progenitores en la crianza de los hijos, con el fin de que éstos sean saludables, resistentes y alcancen el máximo de su potencial. En último término, el estudio de la personalidad plantea preguntas acerca de la naturaleza y el significado de la individualidad y los aspectos mentales inapreciables que nos hacen singulares a pesar de nuestra herencia genética y cultural compartida.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 2nd ed, 1968.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 3rd ed, 1980.

American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,* 4th ed, 1994.
Breuer J, Freud S: Studies on hysteria (1893-1895). In: Strachey J (editor): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol. 11. Hogarth, 1955.
Bychowski G: The problem of latent psychosis. J Am Psychoanal Assoc 1953;4:484.
Cameron N, Rychlak J: *Personality Development and Psychopathology: A Dynamic Approach.* Houghton Mifflin, 1985.
Cleckley H: *The Mask of Sanity.* Mosby, 1941.
Federn P: Principles of psychotherapy in latent schizophrenia. Am J Psychother 1947;1:129.
Freud S: Character and anal eroticism. In: Strachey J (editor): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol 12. Hogarth, 1958.
Freud S: Libidinal types. In: Strachey J (editor): *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud.* Vol. 21. Hogarth, 1961.
Hoch A: Constitutional factors in the dementia praecox group. Rev Neurol Psychiatr 1910; 8:463.
Internet Mental Health: Borderline Personality Disorder. http://www.mentalhealth.com/dis/p20-pe05.html
Kagan J: Galen's Prophecy: Temperament in Human Nature. Basic Books, 1994.
Kernberg O: Structural derivatives of object relationships. Pages 350-384 in: Buckley P (editor): *Essential Papers on Object Relations.* New York University Press, 1986.
Kernberg O: *Borderline Condition and Pathological Narcissism.* Jason Aronson, 1975.
Kraeplin E: *Dementia Praecox and Paraphrenia.* Livingstone, 1919.
Kraeplin E: *Manic-depressive Insanity in Paranoia.* Livingstone, 1921.
Kretschmer E: *Physique and Character.* Kegan Paul, 1925.
Lasch C: *The Culture of Narcissism.* Norton, 1978.
MacKinnon RA, Michels R: *The Psychiatric interview in Clinical Practice.* Saunders, 1971.
Masterson JF: *The Narcissistic and Borderline Disorders: An Integrated Developmental Approach.* Brunner/Mazel, 1981.
Millon T: *Modern Pyschopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning.* Saunders, 1969.
Millon T: *Disorders of Personality.* Wiley Interscience, 1981.
Nardo JM: The personality in the medical setting: a psychodynamic understanding. In: *Psychiatry,* Vol. 2. Lippincott, 1989.
Rado S: Schizotypal organization: preliminary report on a clinical study of schizophrenia. Pages 225-236 in: Rado S, Daniels GE (editors): *Changing Concepts of Psychoanalytic Medicine.* Grune & Stratton, 1956.
Rado S: *Adaptational Psychodynamics.* Science House, 1969.
Rapaport D et al: *Diagnostic Psychological Testing.* International Universities Press, 1968.
Reiser D & Levenson H: Abuses of the borderline diagnosis: a clinical problem with teaching opportunities. Am J Psychiatr 1984;141(12):1528.
Siever LJ, Bernstein DP, Silverman JM: Schizotypal personality disorder: a review of its current status. J Pers Disord 1991;5(2):178.
Stone MH: *Abnormalities of Personality.* Norton, 1993.
Vaillant G: The beginning of wisdom is never calling a patient borderline. J Psychother Pract Res 1992;1(2):117.

# Trastornos alimenticios 13

*Claudia E. Toomey, PhD y John DiMartini, PhD*

Los **trastornos alimenticios** forman un continuo de perturbaciones graves de alimentación y de peso y de psicopatología subyacente. En este tipo de trastornos, la molestia que causan la percepción de la forma y el peso del cuerpo constituye un rasgo fundamental. En el extremo más grave de este continuo se observa la pérdida de peso extrema que caracteriza a la **anorexia nerviosa.** La extenuación grave que se observa en la anorexia nerviosa quizá sea inducida por una restricción estricta de los alimentos **(anorexia de tipo restrictivo)** o por comer regularmente de manera excesiva y recurrir al comportamiento de purga o bien vomitar tras la ingestión de pequeñas cantidades de alimentos **(anorexia de ingesta excesiva/purga).**

Luego, sobre el continuo se observa la **bulimia nerviosa,** la cual se detecta entre individuos de peso promedio y se caracteriza por el mismo patrón alimenticio caótico que se observa en la anorexia tipo ingesta excesiva/purga. En este trastorno, los periodos de consumo restringido de alimentos se alternan con episodios durante los cuales se ingieren grandes cantidades de alimentos. Dichos episodios van seguidos de vómito autoinducido, abuso de laxantes o diuréticos, ayuno o exceso de ejercicio con objeto de contrarrestar el aumento de peso.

El siguiente lugar a lo largo del continuo lo ocupa el **trastorno de ingesta excesiva,** una nueva categoría diagnóstica que apareció recientemente en la lista provisional del *DSM-IV.* Dicho trastorno se caracteriza por episodios recurrentes de ingesta excesiva, pero sin los comportamientos de compensación que se observan en la bulimia nerviosa. En consecuencia, muchos individuos que padecen este trastorno tienen un peso corporal por encima del promedio. Al final del continuo se observan los **trastornos alimenticios no especificados de otra manera (NEOM)** que son trastornos que no cumplen con todos los criterios de algún trastorno alimenticio específico.

La **obesidad** es una afección médica general que no se ha demostrado se relacione de manera consistente con algún síndrome psicológico o de comportamiento. Sin embargo, tal parece que un subgrupo de individuos obesos realiza ingesta excesiva y presenta las características psicológicas y de comportamiento del trastorno de ingesta excesiva.

Algunos médicos consideran de manera errónea que los trastornos alimenticios son síndromes exóticos, cuyo tratamiento debe dejarse en manos de los psiquiatras. Hay dos argumentos importantes en contra de este prejuicio. En primer lugar, la mayoría de las personas con trastornos alimenticios mantienen en secreto su comportamiento y probablemente no estén dispuestos a consultar a un profesional de salud mental. Los médicos generales y los especialistas en medicina de adolescentes, endocrinología, cardiología, gastroenterología y ginecoobstetricia tienen en consecuencia la responsabilidad primaria de detectar a este tipo de personas con trastornos alimenticios y proporcionarles la referencia inicial. Además, las complicaciones médicas graves de los trastornos alimenticios (que a menudo abarcan varios años) se controlan mejor a través de un equipo multidisciplinario de médicos con conocimientos acerca de estos trastornos.

## INCIDENCIA

Las mujeres parecen ser particularmente vulnerables al desarrollo de trastornos alimenticios: representan a 90% de los individuos a quienes se diagnostica un trastorno alimenticio-. El hecho de que los trastornos alimenticios prevalezcan de manera selectiva entre las mujeres que viven en sociedades industrializadas (sociedades en las que se cuenta con alimentos en abundancia) en donde el papel de la mujer es cambiante y en donde se concede importancia a las mujeres delgadas como ideal de la belleza femenina, sugiere que los factores socioculturales desempeñan un papel significativo en la patogenia de estos trastornos.

Muchos estudios indican que la preocupación por los alimentos y el peso es sorprendentemente común en la población femenina general y que los trastornos alimenticios se han incrementado en los últimos 30 años. Es preocupante que las investigaciones recientes hayan determinado que las restricciones alimenticias,

el comportamiento de ingesta excesiva y purga y los problemas de distorsión de la imagen corporal, que anteriormente se creía eran trastornos de la adolescencia y principio de la edad adulta también se observan en muchas niñas desde los nueve años de edad. En las poblaciones clínicas, los trastornos alimenticios siguen observándose con mayor frecuencia entre mujeres de raza blanca de nivel socioeconómico intermedio o intermedio superior. Sin embargo, los factores étnicos, socioeconómicos y sexuales aparentemente se han modificado un poco en los últimos años.

La bulimia nerviosa y el trastorno de ingesta excesiva son más frecuentes que la anorexia nerviosa. Entre las jóvenes adolescentes y las adultas jóvenes, se cree que la prevalencia de bulimia nerviosa es cercana a 1 a 3 %. La prevalencia del trastorno de ingesta excesiva es de 0.7 a 4% en muestras comunitarias de población saludable. Es probable que estas estimaciones sean conservadoras, ya que dichos trastornos suelen mantenerse en secreto y, como resultado, se subreportan. En realidad, las investigaciones sugieren que aproximadamente 36% de las adultas presenta formas subclínicas de bulimia nerviosa. En comparación, la anorexia nerviosa es muy poco frecuente; los estudios de prevalencia indican cifras de 0.5 a 1.0%. Las personas con anorexia subclínica (clasificada como un trastorno alimenticio no especificado de otra manera) se observan con mayor frecuencia que aquellas con anorexia nerviosa declarada.

Se han efectuado pocas investigaciones para comprender los trastornos alimenticios en hombres. La mayoría de los investigadores concuerdan en que la relación de diagnósticos de trastorno alimenticio en mujeres con respecto a hombres es 10:1. Sin embargo, se especula cada vez más entre los médicos que tratan a varones que la incidencia de los trastornos alimenticios en este grupo se subinforma y que este tipo de trastornos prevalece de manera sorprendente entre ciertos subgrupos de hombres. Los reportes recientes sugieren que un número considerable de homosexuales padecen este trastorno. Los jockeys, luchadores, bailarines, fisicoculturistas, conductores de espectáculos, y otros hombres a quienes se pide peso bajo o que necesitan mantener un peso ideal para alcanzar sus metas de desarrollo también son vulnerables a los trastornos alimenticios, en particular a la bulimia nerviosa. Las manifestaciones de estos trastornos en ocasiones difieren en los varones: ellos en general se interesan menos en un peso ideal específico o en una talla de ropa y les preocupa más la definición muscular y evitar la grasa corporal.

## CAUSAS

El origen de los trastornos alimenticios sigue siendo confuso. Las perspectivas actuales proponen que los factores biológicos y psicológicos interaccionan con el entorno sociocultural para influir en el desarrollo de dichos trastornos.

### Factores biológicos

Hay evidencia que sostiene que la herencia contribuye al desarrollo de los trastornos alimenticios. Los parientes biológicos de primer grado de los individuos que padecen anorexia nerviosa parecen correr más riesgo de desarrollar este trastorno. Se ha detectado una tasa de concordancia significativamente más alta para anorexia nerviosa en gemelos monocigotos que entre dicigotos. Además, se ha detectado una mayor incidencia de trastornos del estado de ánimo entre los parientes biológicos de primer grado de individuos que padecen anorexia nerviosa del tipo de ingesta excesiva/purga. Los pacientes biológicos de primer grado de los individuos que padecen bulimia nerviosa también presenta mayor frecuencia de bulimia nerviosa, trastornos del estado de ánimo y abuso y dependencia de sustancias.

### Factores psicológicos

Se han propuesto diversas teorías para explicar los determinantes psicológicos de los trastornos alimenticios. La anorexia y la bulimia se caracterizan ambas por una perturbación importante del concepto personal del individuo y de su sentido de identidad personal. En la mayoría de los individuos con trastornos alimenticios la experiencia de valía personal se relaciona directamente con la apariencia externa y los logros. La preocupación por el peso corporal y la forma y la rigurosa disciplina que estos individuos ejercen sobre su cuerpo con frecuencia constituye un esfuerzo desesperado de afrontar los sentimientos subyacentes de impotencia e inadecuación.

### Factores socioculturales

Evidentemente, el hecho de que muchas mujeres intenten controlar su consumo de alimentos y su talla en vez de recurrir a algún otro método de adaptación es un rasgo cultural. Los trastornos alimenticios aparentemente florecen en sociedades que conceden valor al hecho de estar delgado, a la independencia y al logro individual, y en aquellas sociedades en las cuales el papel de la mujer resulta confuso y conflictivo. Diversas perspectivas socioculturales de los trastornos alimenticios proponen que dichos trastornos se derivan de esfuerzos de controlar el papel cambiante de la mujer. Algunos teóricos postulan que los valores de autonomía y logro individual en las sociedades industrializadas entran en conflicto con las necesidades interpersonales o de relaciones que son necesarias para un desarrollo saludable de la mujer. Las mujeres psicológicamente vulnerables o que carezcan de recursos internos para establecer un sentido de conexión con

otras personas a pesar del entorno sociocultural quizá recurran a los alimentos en vez de a las personas en un esfuerzo por satisfacer su necesidad de relacionarse.

## CURSO

La bulimia nerviosa usualmente se desarrolla a fines de la adolescencia o comienzos de la etapa adulta y suele relacionarse con algún suceso estresante de la vida, o algún esfuerzo de controlar la dieta. El curso de la enfermedad puede ser crónico o intermitente. Los resultados a largo plazo se desconocen aunque diversos reportes sugieren que los individuos bulímicos mejoran con el transcurso del tiempo y el tratamiento continuo. A medida que el individuo es mayor en el momento de la intervención clínica inicial, su riesgo de recidivas aumenta y en consecuencia la cronicidad de su enfermedad. Esta observación sugiere que conforme la bulimia se detecta y trata en etapas más tempranas, los resultados son mejores. Se desconoce la tasa de mortalidad para la bulimia nerviosa, pero en caso de que se produzca la muerte, a menudo será resultado de deshidratación, desequilibrios de electrólitos por vómito excesivo o intoxicación resultante del uso de purgantes como ipecacuana.

La edad media de inicio de la anorexia nerviosa es ligeramente inferior que la de bulimia nerviosa con máximos bimodales a los 14 y a los 18 años. Igual que en la bulimia, el inicio de la enfermedad suele vincularse con algún acontecimiento tensionante de la vida. Algunos individuos que padecen anorexia se recuperan después de un episodio único (49%), mientras que otros siguen un curso más crónico (18%) o fluctuante (26%). De 25 a 35% de los individuos que padecen bulimia nerviosa han sufrido en alguna ocasión de anorexia. La tasa de mortalidad a largo plazo de la anorexia es mayor de 10% y generalmente se debe a inanición, suicidio o desequilibrio de electrólitos. Los indicadores pronósticos positivos incluyen edad temprana de inicio, buen ajuste psicosocial premórbido, menor pérdida de peso, y menor negación de la enfermedad. Los indicadores pronósticos malos incluyen el inverso de los anteriores y además nivel socioeconómico bajo y la presencia de bulimia, vómito o abuso de laxantes.

## COMPLICACIONES MEDICAS DE LOS TRASTORNOS ALIMENTICIOS

Algunas de las complicaciones médicas más comunes que se relacionan con la anorexia nerviosa son amenorrea, dolor abdominal, aumento de micción, edema, deshidratación, estreñimiento, frecuencia cardiaca lenta o irregular y disfunción hipotalámica. Las pruebas de laboratorio quizá demuestren anormalidades de secreción de vasopresina y niveles bajos de estrógenos. Las anormalidades de electrólitos predisponen, a los individuos a anormalidades de la conducción cardiaca y se observan con mayor frecuencia entre los anorécticos del tipo de ingesta excesiva/purga y bulímicos, pero también llegan a observarse en los anorécticos de restricción. Los problemas más frecuentes y graves que resultan en insuficiencia cardiaca y renal son niveles bajos de potasio, cloruro de sodio y abuso de diuréticos. Además, los desequilibrios de electrólitos se relacionan con debilidad generalizada, confusión, alteraciones de la memoria y el pensamiento y labilidad emotiva.

En la anorexia del tipo de ingesta excesiva/purga y en la bulimia nerviosa, el uso de ipecacuana y otros purgantes puede provocar daños irreversibles en el corazón y otros tejidos musculares. En consecuencia, el dolor torácico, la frecuencia cardiaca irregular y el desmayo puede indicar uso incorrecto de purgantes. El aumento de tamaño de las glándulas parótidas da la apariencia de "faz de ardilla" y es común entre las personas que vomitan de manera cotidiana. También se observan anormalidades endocrinas y digestivas en casos de bulimia. Cerca de 30% de las bulímicas experimentan alguna anormalidad del ciclo menstrual. Las úlceras pépticas y la pancreatitis tienen el potencial de poner en peligro la vida. Se sabe que algunos bulímicos llegan a ingerir hasta 15 000 calorías en tan sólo algunas horas, por lo cual su estómago es vulnerable a roturas. La rotura gástrica constituye una urgencia médica con tasa de mortalidad superior a 80 %. Con frecuencia los dentistas detectan la bulimia porque el ácido de los alimentos regurgitados provoca erosión del esmalte dental o porque los abscesos gingivales provocan obstrucción de las glándulas salivales.

## ANOREXIA NERVIOSA

Los individuos que padecen anorexia nerviosa tienen un peso corporal 15% más bajo de lo que se considera normal para su edad y estatura. En general, logran esta reducción de. peso reduciendo en forma estricta su consumo de calorías y subsistiendo con una dieta sumamente estricta que incluye un número limitado de alimentos (en general no se incluyen carbohidratos o grasas). Aunque el término "anorexia" significa literalmente "pérdida del apetito", pocos anorécticos pierden totalmente el apetito hasta que el trastorno se encuentra bien arraigado. En contraste, a menudo tienen que ejercer una disciplina corporal muy extrema para vencer el hambre.

El ejercicio excesivo también se utiliza para perder peso; algunos individuos ejercitan incesantemente hasta el punto le privarse del sueño y quedar exhaus-

tos. Además algunas personas (50%, según las estimaciones) de manera episódica pierden el control de la restricción alimenticia dando como consecuencia comportamientos de ingesta excesiva y vómito. Por lo tanto, hay dos tipos de anorexia nerviosa: el tipo restrictivo y el de ingesta excesiva/purga. En ambos tipos, el individuo padece un temor intenso de aumentar de peso o quedar gordo, el cual no disminuye al perder peso y con frecuencia aumenta cuando el peso disminuye.

Los cambios fisiológicos producidos por la inanición contribuyen fuertemente a la presentación clínica del trastorno. Los síntomas incluyen preocupación intensa por los alimentos, consumo lento de alimentos, almacenamiento y robo de los mismos, ingesta excesiva, perturbaciones del sueño, pérdida del impulso sexual, disminución de la concentración y del estado de alerta y aislamiento social.

## ANOREXIA NERVIOSA: TIPO RESTRICTIVO

El sentido de competencia y valía personal del anoréctico restrictivo se relaciona directamente con el grado en que puede controlar la forma y el peso de su cuerpo. De este modo, la persona suele sentirse orgullosa y disciplinada cuando pierde peso y se considera inaceptable y un fracaso cuando aumenta de peso. La persona anoréctica no considera que padezca un problema y no experimenta un sufrimiento consciente con respecto a su estado físico o emotivo.

Cristina D, una estudiante de segundo año de secundaria de 15 años de edad procedente de una familia de clase media superior, fue llevada al pediatra porque se desmayó en la escuela. Su padre era un profesional de éxito que a menudo viajaba por negocios y su madre estaba dedicada al hogar.

La Srita. D se resistía a ser examinada por el médico, estaba enojada con su madre por haberla llevado a la consulta e insistía en que se encontraba bien. Efectuaba poco contacto visual y tenía apariencia letárgica y ensimismada. Estaba vestida con varias capas de ropa, aunque era un día cálido. Con reticencia reconoció que sufría de cefalea e insomnio, que en ocasiones sentía frío y sensación de ligereza de cabeza, que experimentaba estreñimiento regular y que no había tenido su periodo por varios meses. Indicó que realizaba ejercicio de manera regular y consumía una dieta saludable con bajo contenido de grasa. Insistió en que no se ejercitaba de manera excesiva y consideró que no estaba demasiado delgada.

El examen físico reveló que la Srita. D pesaba 38.5 kilogramos y medía 1.67 m. Su piel tenía un tinte amarillento y apariencia seca. Su presión arterial era baja y el electrocardiograma (ECG) indicó arritmia cardiaca leve. Las observaciones de laboratorio incluyeron niveles sumamente bajos de proteína y albúmina, congruentes con desnutrición. La biometría hemática arrojó datos de niveles bajos de hematócrito y hemoglobina con un patrón de anemia microcítica. Las pruebas adicionales revelaron concentraciones séricas bajas de hierro. Con base en su presentación clínica y su estado médico, se le diagnosticó anorexia nerviosa.

La Srita. D se mostró iracunda y desafiante cuando el médico le informó que su afección era grave y requería tratamiento. Su madre también se sorprendió del diagnóstico. Sabía que la Srita. D había estado molesta e inició una dieta tras romper con su novio, pero no estaba consciente de todo el peso que había perdido.

Según su madre, la Srita. D siempre había sido una "hija excelente", tanto en el aspecto familiar como escolar. Sin embargo, en los últimos meses pareció retraerse de sus amistades y pasaba más tiempo en su habitación. Siempre realizaba ejercicio y estaba moviéndose. Cocinaba alimentos elaborados para la familia, pero casi nunca los consumía (pues decía que ya había comido). En las ocasiones en que su madre la observaba comiendo, parecía seguir diversos rituales con respecto a los alimentos y la manera de comerlos.

La Srita. D y su madre se resistieron inicialmente a la recomendación del médico de que fuera hospitalizada de inmediato para estabilización clínica y restauración del peso. Consideraron que la Srita. D podría aumentar de peso como externa. Esta aceptó con reticencia ser enviada a un psicólogo y comenzó a asistir a terapia dos veces por semana. Sin embargo, tras dos semanas de tratamiento externo y exámenes médicos regulares, la Srita. D continuó perdiendo peso por lo que fue hospitalizada en la unidad médica pediátrica.

Mientras estuvo en el hospital la Srita. D continuó resistiéndose a los esfuerzos del equipo de tratamiento para mejorar su estado nutricional y clínico y se descubrió que ocultaba los alimentos debajo de su cama, bebía gran cantidad de agua antes de que la pesaran y realizaba ejercicio en secreto en su habitación a altas horas de la noche.

Tras una hospitalización de dos semanas durante la cual se logró la estabilización clínica y el aumento de peso, la Srita. D fue dada de alta y sometida a tratamiento continuo de un

equipo multidisciplinario formado por su médico, el psicólogo, el terapeuta familiar y el nutriólogo.

**Diagnóstico.** Anorexia nerviosa de tipo restrictivo (eje I).

## ANOREXIA NERVIOSA DE INGESTA EXCESIVA/PURGA

Diversas características importantes diferencian a la anorexia nerviosa tipo ingesta excesiva/purga de la anorexia restrictiva. Muchas personas con síntomas de ingesta excesiva y purga relacionados con anorexia quizás hayan estado enfermas por un periodo más prolongado, requieran contacto terapéutico más frecuente, experimenten mayor grado de sufrimiento emotivo y tengan un pronóstico peor que quienes padecen anorexia restrictiva. Las anorécticas bulímicas a menudo comienzan como restrictivas y posteriormente comienzan a comer en exceso y vomitar cuando dejan de mantener el control total de su consumo de alimentos de manera intermitente.

Como grupo, las anorécticas tipo ingesta excesiva/purga llevan vidas personales más desorganizadas y antecedentes familiares más perturbados y suelen estar más físicamente enfermas y presentan más psicopatología que las anorécticas restrictivas. Tienen menos éxito que estas últimas para mantener un control riguroso de su comportamiento e impulsos y son vulnerables a las perturbaciones del control de impulsos como abuso de sustancias, compras compulsivas, robos en tiendas y promiscuidad sexual. También están más expuestas a comportamiento suicida o parasuicida y a lesionarse a sí mismas (p. ej., golpearse o cortarse a sí mismas).

Lisa F, una profesional de salud de 35 años, solicitó ayuda psicológica porque se sentía abrumada y percibía una pérdida de control cada vez mayor. Se comportaba con poca confianza en sí misma, hablaba bajo y estaba sumamente ansiosa. Además se sentía deprimida y tenía ideas suicidas. Tres noches antes de su cita inicial, tomó una cantidad tóxica de Benadryl. Manifestó que en realidad no quería morir. "Simplemente deseaba no despertar ... Necesitaba que toda esta locura terminara."

La Srita. F media 1.70 m y pesaba 32.2 kilogramos. También sufría de episodios extremos de ingesta excesiva y purga. Recientemente había vomitado hasta cinco o seis veces seguidas, y en general dos veces al día, ó hasta cuatro o cinco veces al día en días particularmente malos.

El trastorno alimenticio de la Srita. F se inició a los 14 años e incluyó una combinación de síntomas bulímicos y anorécticos. Comenzó a restringir su consumo de alimentos en el verano antes de iniciar la secundaria. Más adelante, su rígida restricción de alimentos se veía interrumpida por periodos durante los cuales ella "perdía el control", comía de manera excesiva y después vomitaba.

Diez meses después de iniciado el tratamiento, la Srita. F admitió que era adicta al alcohol. Consumía un mínimo de 1 pinta (casi medio litro) de alcohol todas las noches. Expresó que el alcohol la ayudaba a percibir menos sus sentimientos y le permitía dormir.

Los fuertes sentimientos de vergüenza de la Srita. F la impulsaron a mantener en secreto tanto su trastorno alimenticio como el abuso de sustancias. Sus antecedentes de desarrollo también estaban dominados por comportamiento secreto y vergüenza. Desde el momento en que podía recordar, la Srita. F había sufrido el abuso físico de su padre, un médico de renombre. Indicó que su madre era impotente y bebía demasiado como para protegerla de su padre. Sus recuerdos de abuso sexual que incluían copulación oral forzada la persiguieron durante su vida de adulta. Como se determinó posteriormente en el tratamiento, los episodios de vómito repetido de la Srita. F constituían un intento de "escupir todo para fuera ... sacar todo aquello que nunca debí haber tragado".

**Diagnóstico.** Anorexia nerviosa, tipo ingesta excesiva/purga (eje I); dependencia del alcohol (eje I); trastorno de personalidad *borderline* (eje II).

**Discusión.** El presente caso se complicó por abuso sexual, trastorno de tensión postraumática, abuso de alcohol y trastorno de personalidad *borderline.* Las características *borderline* de la Srita. F se manifestaron a través de su inestabilidad de ánimo prominente, malas relaciones interpersonales y mala imagen corporal, las cuales se originaron en sus experiencias de la niñez temprana.

La incidencia de abuso sexual entre individuos con trastornos alimenticios se cree que es muy alta. En consecuencia; los profesionales que les dan tratamiento, deben prestar atención a la posibilidad de antecedentes de abuso sexual.

## TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA

La cada vez mayor importancia que se da a la administración de cuidados en la práctica clínica ha influido en la manera en que se trata a los individuos

con trastornos alimenticios. Algunos servicios psiquiátricos han establecido protocolos de trastornos alimenticios; sin embargo, muchas compañías de seguros ya no cubren el tratamiento de trastornos alimenticios en pacientes internos, excepto por breves periodos de estabilización, y a menudo sólo cuando se observan complicaciones médicas de tipo grave. Como los médicos de cuidados primarios desempeñan cada vez con mayor frecuencia la detección de estos trastornos, a menudo son responsables de diagnosticarlos y de determinar si se requiere hospitalización.

### Hospitalización

Debe considerarse la hospitalización cuando el paciente presente cualquiera de los siguientes factores:

- desnutrición grave (que en ocasiones se determina por pérdida de peso por debajo de un nivel fijado por el médico responsable);
- complicaciones clínicas significativas (p. ej., alteración de electrólitos, hipopotasemia, daños a los órganos);
- ciclo persistente de vómito autoinducido o abuso de laxantes que no se haya interrumpido con eficacia mediante las intervenciones como paciente externa;
- riesgo significativo de suicidio;
- notable incapacidad de cuidar de sí misma o de su familia.

### Método de equipo multidisciplinario

Cuando las complicaciones médicas no son suficientemente graves como para requerir hospitalización, se implanta un programa integrado de tratamiento externo que se enfoca en las necesidades específicas del individuo. En general, el equipo para externos consta de un médico primario que vigila el estado clínico de la paciente, un psicoterapeuta que trabaja con ella para determinar los problemas emotivos subyacentes y un nutriólogo que la ayuda a desarrollar un plan alimenticio saludable. En ocasiones, el equipo también incluye un terapeuta familiar y un psiquiatra, en caso de que esté indicado. Es crucial que los miembros del equipo coordinen los servicios y se comuniquen entre ellos para que el tratamiento sea eficaz.

Los tratamientos farmacológicos de la anorexia nerviosa son limitados. Los antidepresivos, en particular los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina como fluoxetina, pueden ser de ayuda para controlar los ciclos de ingesta excesiva y purga y tratar la depresión relacionada. Sin embargo, el aumento, de peso en sí suele ser más eficaz para evitar la depresión y elevar el estado de ánimo de las pacientes anorécticas.

El siguiente caso ilustra un método para tratamiento externo de una anoréctica restrictiva con equipo multidisciplinario. También ilustra la complejidad psicológica de los trastornos alimenticios y algunas de las dificultades inherentes al tratamiento.

> María G, una joven de 24 años, fue enviada a evaluación psicológica. Su médico estaba preocupado por su bajo peso y sus síntomas de depresión. La Srita. G medía 1.67 m y pesaba 43 kilogramos. Presentaba amenorrea y su presión arterial se encontraba dentro del ámbito normal bajo. Las pruebas de laboratorio, la química sanguínea y el examen físico no revelaron inestabilidad médica significativa. La Srita. G reportó que tenía dificultad para concentrarse y enfocarse en un tema. Había terminado sus estudios de leyes tres meses antes y tenía problemas de automotivación para encontrar empleo en ese ramo y para comenzar a prepararse para el examen profesional. La Srita. G reveló que también tenía problemas para dormir.
>
> El médico le prescribió fluoxetina contra la depresión. Sin embargo, la Srita. G se negó a tomar el medicamento porque "no le gustaba tomar drogas", tampoco le agrada la sensación de "no tener el control" y no deseaba introducir sustancias ajenas a su organismo. Aunque la Srita. G insistió en que se sentía bien, estuvo de acuerdo en probar el medicamento y tomó el nombre y el número de teléfono del psicólogo a quien debía llamar para la evaluación.
>
> La Srita. G se presentó a su cita inicial con mucha ambivalencia. Reconoció que le preocupaba encontrar empleo y estudiar para su examen, pero experimentaba confusión porque tanto su madre como el médico "estaban exageradamente preocupados" por su peso. Consideraba que era ridículo que su madre se preocupara tanto porque ella hacía demasiado ejercicio. La Srita. G corría de cinco a seis millas todas las mañanas y también por la tarde. Pero explicó que desde la secundaria era corredora de distancia y siempre había hecho mucho ejercicio.
>
> La Srita. G se agitó en extremo al describir su interacción con el médico y se esforzó en exceso para describir su insatisfacción con el método que él implantó. Se quejó de que no le gustaban los medicamentos y expresó que no le proporcionaban beneficios terapéuticos. Consideró que el médico era insensible, intrusivo e interfería con ella. La Srita. G estaba convencida de que el médico se había liado con su madre. "A ninguno de ellos les interesa quien soy yo en realidad". En contraste, de manera repentina empezó a hacer cumplidos y apreciar la apariencia y el estilo del terapeuta.
>
> Al terminar la evaluación, la Srita. G estuvo de acuerdo en asistir a citas regulares con el

médico para control y vigilancia clínica. Aunque aún no se mostró interesada en modificar su patrón alimenticio, aceptó una referencia a un nutriólogo para iniciar una dieta saludable. También aceptó con ambivalencia el interés que expresó el terapeuta en conocerla mejor y estuvo de acuerdo en asistir a psicoterapia dos veces por semana.

**Diagnóstico.** Anorexia nerviosa, de tipo restrictivo; depresión grave, episodio único (eje I).

Uno de los retos más importantes en el método de equipo multidisciplinario es mantener la integridad del equipo de tratamiento. Las personas a menudo se quejan de alguno de los profesionales a su cargo y sugieren que alguno de ellos es de suma ayuda mientras que otros no lo son. Este mecanismo se denomina **división** y los profesionales que tratan al paciente suelen experimentarlo como una forma de manipulación y consideran que mina el proceso de tratamiento. La división por parte de la anoréctica en general tiene fines de autopreservación y suele ser inconsciente y no intencionada, maliciosa o manipulativa. Sin embargo, su impacto puede ser bastante insidioso y destructivo y es necesario que los profesionales del equipo se mantengan alertas al respecto.

## BULIMIA NERVIOSA

Los individuos que padecen bulimia nerviosa comparten muchas características en común con los anorécticos que consumen alimentos en exceso y purga, con excepción de que mantienen su peso dentro del ámbito normal. La palabra "bulimia" significa literalmente "hambre de buey" y se refiere a un síndrome en el cual los individuos experimentan una urgencia poderosa de consumir fuertes cantidades de alimentos en un periodo breve (ingesta excesiva). Dicha urgencia se encuentra más allá de su control, por lo que temen no poder dejar de ingerir alimentos de manera voluntaria. Las ingestas excesivas terminan, no porque los individuos se sientan saciados sino porque presentan náusea grave o dolor abdominal, son interrumpidos, caen dormidos o se inducen vómito. La capacidad de identificar el hambre y determinar cuando el apetito se encuentra saciado suele estar afectada, ocurre en la mayoría de los individuos con trastornos alimenticios.

El comportamiento de purga incluye con frecuencia vómito autoinducido pero también se refiere al abuso de laxantes o diuréticos, a las dietas sumamente restringidas o al ejercicio excesivo para contrarrestar el posible aumento de peso. Hay dos tipos de bulimia nerviosa: en el **tipo de purga,** el individuo se provoca regularmente el vómito o emplea de manera incorrecta laxantes, diuréticos o enemas; en el **tipo sin purga** el individuo emplea otros comportamientos compensatorios como ayuno o realizar un exceso de ejercicio.

Los bulímicos con frecuencia describen sentimientos de depresión (p. ej., se sienten solitarios, tristes, vacíos) o ansiedad antes de un episodio de ingesta excesiva. Suelen comer en exceso cuando están solos y mantienen este comportamiento como un secreto sigilosamente guardado. También logran ocultar su comportamiento en gran parte porque tienden a mantener un peso normal y un ajuste superficial en el empleo, en la escuela y en las relaciones interpersonales. Es importante conceder atención a la palabra "superficial", ya que al efectuar un examen más cercano se detectan problemas prevalentes también en todas estas áreas de su vida.

Las ingestas excesivas pueden durar desde algunos minutos hasta varias horas y pueden ocurrir varias veces por semana o varias veces al día. Los alimentos consumidos durante las mismas suelen ser de fácil ingestión y alto contenido de carbohidratos. Durante estos periodos, el bulímico experimenta una sensación de alivio de su estado de ánimo negativo. Después de la comilona, los sentimientos negativos vuelven a surgir junto con fuertes sentimientos de autorrecriminación y culpa por haber perdido el control. Entonces se recurre a la purga para recuperar el sentido de control y reducir la sensación de ansiedad.

Los bulímicos suelen tener mal control de impulsos. En ellos se observa con frecuencia alcoholismo, abuso de drogas, hurto, gestos e intentos suicidas y automutilación. La bulimia nerviosa suele tener muchas complicaciones y es una afección grave.

Támara L era una joven de 17 años que cursaba el primer año de preparatoria. El año anterior había sido una estudiante del cuadro de honor, participó en diversas actividades escolares y fue elegida por votación como representante ante el consejo estudiantil. En los últimos nueve meses sus calificaciones bajaron, su interés en las actividades escolares disminuyó y casi nunca llegaba a casa a la hora indicada. La Sra. L se quejó de que su hija tenía cambios del estado de ánimo, se veía ensimismada y asumía actitud desafiante. En sus intentos para ayudarla, había recibido rechazos y agresión.

El dentista de la Srita. L descubrió erosión avanzada de su esmalte dental, por lo que le preguntó sobre sus hábitos alimenticios y de vómito. Ella se agitó inicialmente y negó que vomitara; sin embargo, conforme la discusión continuó rompió a llorar y reconoció que se inducía el vómito casi una vez al día y en ocasiones hasta cuatro. El dentista la mandó a una evaluación física y psicológica completa.

La Srita. L no siguió las recomendaciones que se le dieron. Un mes después fue arrestada por hurto en una tienda. En ese momento su madre solicitó una evaluación psiquiátrica para ella. Los datos obtenidos en la evaluación revelaron que la Srita. L tenía peso normal pero se sentía muy temerosa y clínicamente deprimida. Reportó sensación abrumante y de falta de control y admitió que se producía el vómito, abusaba de los laxantes y tenía ideas suicidas.

Los datos clínicos incluyeron presión arterial baja (secundaria a volumen intravascular bajo); niveles bajos de potasio, cloruro de sodio y magnesio; dismenorrea (menstruación dolorosa); edema de manos y piernas; leve inflamación del páncreas; abrasión en el dorso de su mano derecha a nivel de los nudillos (por el vómito autoinducido); piel amarillenta, complexión hipotónica y caída del cabello relacionada con desnutrición proteica crónica.

**Diagnóstico.** Bulimia nerviosa tipo purga; depresión grave, episodio único (eje I).

## TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVIOSA

Quizá la hospitalización sea el único método eficaz para lograr la estabilización clínica y modificar el ciclo autodestructivo de ingesta excesiva y purga. El riesgo significativo de suicidio o la incapacidad para cuidar de sí mismo son otros criterios para la hospitalización. Sin embargo, la mayoría de las personas con bulimia nerviosa pueden ser tratadas como externas. A menudo el médico de cuidados primarios efectúa la estabilización clínica del paciente e inicia las consultas relacionadas de tipo psiquiátrico, psicológico y nutricional. De nuevo, la comunicación entre los miembros del equipo es crucial para que el tratamiento tenga buenos resultados.

Los medicamentos antidepresivos son eficaces para tratamiento a corto plazo de bulimia nerviosa. Los estudios han demostrado que la frecuencia de la ingesta excesiva disminuye en 70% en personas con bulimia nerviosa tratados con amitriptilina y que la desipramina produce una disminución de 50% en la frecuencia de la ingesta excesiva. Recientemente, la FDA aprobó la fluoxetina para tratar la bulimia nerviosa, y éste es el primer medicamento aprobado para tratar dicho trastorno alimenticio. La dosis eficaz para tratar la bulimia es 60 mg/día, en contraste con la dosis de 20 mg/día que se recomienda para tratar la depresión. La duración del tratamiento con antidepresivos y la eficacia a largo plazo de las intervenciones psicofarmacológicas ha sido poco estudiada.

## TRASTORNOS ALIMENTICIOS DE TIPO SUBCLINICO

El *DSM-IV* clasifica a las perturbaciones alimenticias que no cumplen con todos los criterios para algún trastorno alimenticio específico, como trastornos alimenticios no especificados de otra manera (NEOM). Estos trastornos son bastante comunes y se observan con frecuencia en individuos que solicitan tratamiento como externos. Según el *DSM-IV,* algunos ejemplos de trastornos alimenticios NEOM incluyen los siguientes:

- pacientes que cumplan con todos los criterios de la anorexia nerviosa pero tengan menstruación normal o que a pesar de haber perdido peso aún se encuentren dentro del ámbito de peso normal;
- una persona de peso normal que adopte comportamiento de purga tras ingerir tan sólo una pequeña cantidad del alimento;
- una persona que mastica y escupe grandes cantidades de alimentos sin deglutirlas;
- una persona que cumpla con todos los criterios para bulimia nerviosa excepto que el comportamiento de ingesta excesiva de purga ocurra con frecuencia menor de dos veces por semana o dure menos de tres meses.

## TRASTORNO DE INGESTA EXCESIVA

El trastorno de ingesta excesiva se clasifica en el *DSM-IV* como un trastorno alimenticio no especificado de otra manera y también como diagnóstico provisional que requiere estudios más amplios. El trastorno de ingesta excesiva se caracteriza por episodios recurrentes de comer en exceso que ocurren por lo menos dos veces por semana durante seis meses. Estos episodios van acompañados de una sensación de falta de control o sufrimiento subjetivo. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, no se emplean comportamientos compensatorios como vómito autoinducido para contrarestar el aumento de peso. En consecuencia, las personas que padecen estos trastornos suelen ser obesas.

Los datos preliminares sugieren que el trastorno de ingesta excesiva constituye un problema significativo para la salud pública. Se cree que de 2 a 5% de las adultas padecen este trastorno. Cerca de 30% de las personas que solicitan tratamiento para la obesidad cumplen con los criterios actuales para dicho trastorno. El trastorno de ingesta excesiva es más frecuente entre las mujeres pero un porcentaje proporcionalmen-

te más alto de varones presenta el trastorno de ingesta excesiva en comparación a cualquier otro tipo de trastorno alimenticio (35 contra 10% para bulimia nerviosa). El trastorno suele iniciarse a fines de la adolescencia y comienzos de la etapa adulta y parece seguir un curso crónico.

Los individuos que experimentan trastorno de ingesta excesiva quizá sufran sentimientos de baja autoestima y tengan problemas en el trabajo y en sus relaciones interpersonales. Un elevado porcentaje de personas con trastorno de ingesta excesiva tienen antecedentes de algún trastorno psiquiátrico del eje I (la depresión grave es el más frecuente). Los trastornos comórbidos del eje II (p. ej., trastornos de la personalidad) también prevalecen entre estos individuos. Además, se han observado problemas relacionados con uso de sustancias. El papel de los antidepresivos para tratar este trastorno es poco claro pero basándose en su eficacia para la bulimia nerviosa parecen prometedores.

En contraste con las personas anorécticas y bulímicas quienes padecen trastorno de ingesta excesiva a menudo tienen una relación más receptiva y positiva con sus médicos de cuidados primarios. La minimización de síntomas médicos que caracteriza a pacientes bulímicos y anorécticos, en estos pacientes a menudo se ve reemplazada por una vigilancia de los síntomas físicos. En ocasiones los síntomas físicos se hacen más prominentes que opacan todos los demás aspectos en la desordenada vida del paciente que recurre a la ingesta excesiva. Como los bulímicos y anorécticos, quienes comen en exceso experimentan pena profunda relacionada con sus cuerpos. Sin embargo, casi nunca experimentan la sensación de logro, control o manejo de sus cuerpos que es común a los bulímicos y anorécticos.

## TRASTORNOS ALIMENTICIOS Y COMORBIDEZ

Los trastornos alimenticios suelen ir acompañados de otros problemas psiquiátricos; sin embargo, algunos síntomas clínicos desaparecen espontáneamente cuando se invierten los efectos de la desnutrición o la inanición. Los anorécticos restrictivos a menudo experimentan durante toda la vida elevada prevalencia de trastornos de ansiedad y trastornos de personalidad de la rama C, en particular trastorno de personalidad evasiva y obsesivo-compulsiva.

Diversos factores comórbidos se relacionan con la anorexia tipo ingesta excesiva/purga y a la bulimia nerviosa. Los individuos de estos dos grupos experimentan elevadas tasas de trastornos, del estado de ánimo (p. ej., depresión grave, distimia), trastornos de ansiedad, abuso o dependencia de sustancias, trastorno de disociación e intentos suicidas. Los trastornos de personalidad de la rama B (en particular el trastorno de personalidad *borderline)* se observan con frecuencia en individuos que experimentan bulimia nerviosa. Los anorécticos tipo ingesta excesiva/purga a menudo presentan una mezcla de patología de carácter de las ramas B y C. Los problemas patológicos de carácter comórbido con frecuencia ejercen un fuerte impacto negativo sobre el pronóstico.

Se estima que de 25 a 30% de los individuos con bulimia nerviosa también sufren trastorno de personalidad *borderline,* por lo que el tratamiento de los pacientes de este subgrupo constituye un reto especial. Estos individuos suelen ser más polisintomáticos que los bulímicos que no son *borderline y* su pronóstico es peor. Quizá también padezcan problemas de abuso de sustancias y otros problemas diversos del control de impulsos (p. ej., promiscuidad, ideas suicidas, comportamiento autolesionante). Probablemente se sientan más inclinados a utilizar métodos múltiples de purga y sus emociones varían con rapidez entre sentimientos de ira y depresión. Sus relaciones interpersonales suelen ser intensas e inestables. El método que logra mejores resultados para este grupo de la población es un método terapéutico más directivo, con apoyo y de tipo estructurado.

Mónica R, una joven de 26 años, solicitó terapia por primera vez como resultado de lo que ella describió como "su comportamiento fuera de control". Graduada recientemente de una importante universidad se quejó de que sentía "que estaba perdiendo la razón" por lo que dejó su empleo. En los últimos meses había experimentado profundos sentimientos de depresión con fuertes ideas suicidas. Aunque no tenía intenciones de suicidarse, según dijo, se cortó los antebrazos y los muslos con un cuchillo en dos ocasiones. No solicitó ayuda médica tras estos incidentes porque temía que la hospitalizaran y por lo tanto que se enteraran su padres y colaboradores.

La Srita. R reportó que había sufrido bulimia en diversas ocasiones hacia el final de la preparatoria y durante todos sus estudios universitarios. Desde esa fecha había experimentado fluctuaciones del peso corporal, pero generalmente permanecía dentro de límites normales y por lo tanto "todas las personas pensaban que me había curado". También reportó periodos de subida en los cuales bebió en exceso, consumió drogas ilícitas o se comportó de manera sexualmente promiscua.

La Srita. R había sido contratada por una exitosa compañía de computación algunos me-

ses después de que se graduó y posteriormente había sido ascendida a supervisora de algunos empleados. Se sintió abrumada por esta responsabilidad y trazó el inicio de su depresión a ese suceso. Aunque se desempeñaba bien en el empleo, llegaba a su hogar sintiéndose tensa y entonces comía en exceso varias veces por la tarde. Después de cada ingesta excesiva, vomitaba. Se sentía cada vez más agotada y deprimida y alterada por su falta de autocontrol. Dejó el empleo y solicitó tratamiento sólo cuando consideró que era incapaz de tolerar su propio comportamiento.

Durante la evaluación inicial se observó que la Srita. R era una mujer atractiva e inteligente de peso normal. Se sentía sumamente deprimida y experimentaba ideas suicidas periódicas y comía en exceso y se purgaba dos o tres veces por día. Parecía comprender muy poco acerca de su comportamiento y tenía dificultad para identificar y expresar sus sentimientos.

Era la hija más joven y única mujer de un matrimonio de madre alcohólica y padre ausente o, cuando estaba en casa, enojado. Negó haber sufrido abuso sexual o físico, pero evidentemente ambos progenitores abusaron verbalmente de ella. Se describió como una buena hija que sacaba buenas calificaciones y cuidaba de su madre cuando estaba ebria.

Además de iniciar la terapia individual, la Srita. R fue enviada al médico de cuidados primarios para una evaluación clínica dados sus antecedentes de bulimia, abuso de sustancias y comportamiento automutilante. Se encontró que estaba saludable, sin problemas clínicos secundarios a estos comportamientos. Por la gravedad de su depresión, también se le mandó a evaluación psiquiátrica y se le recetó fluoxetina. Se observó una reducción de la depresión y de los impulsos bulímicos con dosis de 60 mg/día.

Tras dos años de terapia y medicamentos antidepresivos, la Srita. R continuó sufriendo depresión y bulimia aunque con menos frecuencia. Experimentó un incidente en el que se cortó a sí misma pero sin ideas suicidas.

**Diagnóstico.** Bulimia nerviosa tipo purga (eje I); trastorno de personalidad *borderline* (eje II).

## DINAMICA FAMILIAR

La dinámica familiar a menudo desempeña un papel poderoso en la patogenia y perpetuación de los trastornos alimenticios. El miembro de la familia que padece dicho trastorno con frecuencia desempeña una función importante en preservar el *status quo* dentro del sistema familiar, de manera tal que enmascara los conflictos y problemas entre otros miembros de la familia (p. ej., trastornos del estado de ánimo o de ansiedad, discordias matrimoniales, abuso de sustancias). La negación del estado en ocasiones sumamente enflaquecido del paciente anoréctico es bastante común entre los miembros de la familia que a menudo valoran más el hecho de estar delgado y la buena apariencia que el bienestar emotivo.

Las madres de las anorécticas a menudo las protegen en exceso, interfieren y participan en las vidas de sus hijas, mientras que sus padres suelen ser ensimismados, con comportamiento sumiso o no interfieren. Las familias suelen carecer de límites interpersonales claramente definidos y de la capacidad para resolver conflictos de manera eficaz. Por este motivo, la terapia familiar es crucial en el tratamiento de las jóvenes anorécticas quienes deben aprender a desarrollar un sentido saludable de sí mismas, mientras continúan viviendo dentro del sistema familiar. En contraste, las familias de las bulímicas suelen ser más caóticas, poco coordinadas y con conflictos declarados. Se observa mayor incidencia de uso de sustancias y trastornos del estado de ánimo entre los miembros de la familia de las bulímicas. La prevalencia de abuso sexual también parece ser más alta.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las pacientes con trastornos alimenticios suelen provocar fuertes reacciones emotivas en el equipo de cuidados de salud. Su apariencia física enflaquecida y el comportamiento autodestructivo de las anorécticas causa fuertes sentimientos de temor e ira entre los profesionales de medicina. La lucha por el control que complica el tratamiento de muchas pacientes con trastornos alimenticios puede desestabilizar fácilmente la perspectiva objetiva que los médicos luchan por mantener. La concurrencia frecuente de trastornos de personalidad *borderline* en estas pacientes complica aún más el plan de tratamiento, ya que con frecuencia suelen dividir a los profesionales al cuidado de la salud en categorías de "buenos" o "malos". En ciertos casos es necesario realizar procedimientos penetrantes en contra de la voluntad del paciente, lo que ocasionará con facilidad sentimientos punitivos y acciones en su contra.

Los profesionales que dan tratamiento a estas pacientes deben estar conscientes de estas reacciones y solicitar consultas en caso necesario para afrontar estos sentimientos. Con frecuencia es de ayuda convocar a

juntas del equipo multidisciplinario para permitir que los miembros ventilen sus sentimientos y redirijan el tratamiento en caso necesario. Por otra parte, la apariencia de tipo "normal" de las pacientes con bulimia nerviosa quizá coincida con los propios prejuicios de los profesionales de la salud que consideran que "es bueno estar delgado", lo que conducirá a subtratamiento o minimización de la potencial gravedad de este trastorno.

El tratamiento de los sobrevivientes de abuso sexual da lugar a retos singulares de contratransferencia entre los profesionales a su cargo. Los terapeutas y médicos se sienten horrorizados, impresionados y abrumados por las descripciones del abuso. Las personas que sobreviven al abuso suelen ser sensibles incluso a formas sutiles de distanciamiento, y por la tendencia innata a cuidar de otros, a menudo dejarán de hacer revelaciones para proteger al médico que las trata y no sobrecargarlo.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Surgen numerosos aspectos éticos y legales en el tratamiento de personas con trastornos alimenticios. Como ocurre en otros trastornos psiquiátricos, quizá se requiera hospitalización involuntaria para tratar a los pacientes gravemente enfermos desde el punto de vista clínico o con intenciones suicidas declaradas. En el caso de pacientes adolescentes, es preciso obtener el consentimiento de los padres para el ingreso involuntario a hospitales psiquiátricos y para el tratamiento involuntario. En el caso de pacientes adultos se requieren restricciones psiquiátricas para detenerlos. Es necesaria una protección médica legal para llevar a cabo procedimientos clínicos en contra de la voluntad de un paciente adulto. La justificación de los procedimientos de tipo penetrante como insertar venoclisis o sondas para alimentación nasogástrica en contra de los deseos del paciente, a menudo se basa en el principio ético de beneficiar, el cual consiste en aplicar la autoridad para proteger a los pacientes de su comportamiento incorrecto y pobre criterio.

El cuidado del paciente con trastorno alimenticio a menudo consiste en trabajar en forma activa con su familia, y da lugar a aspectos difíciles con respecto a la alianza entre el médico y el paciente. Al trabajar con personas menores de edad se afrontan retos de tipo especial. Cuando una adolescente pide que cierta información se mantenga confidencial y no sea revelada a los miembros de la familia, el médico debe sopesar los derechos de los padres al consentimiento informado en contra de los deseos de autonomía de la paciente. Siempre que sea posible es recomendable que participe un terapeuta familiar que actúe como aliado de la familia, de modo que el médico quede con mayor libertad para abogar por la paciente. Siempre que participan múltiples profesionales de la salud en el cuidado de un paciente, es imprescindible que se obtenga una forma de liberación de información del paciente o de su custodia legal.

## CONCLUSION

Los trastornos alimenticios son complejos y determinados por múltiples factores, que afectan principalmente a las jóvenes adolescentes y a las adultas jóvenes. Los médicos de cuidados primarios desempeñan un papel cada vez más importante en la detección y tratamiento de este tipo de trastornos. El diagnóstico temprano de los mismos contribuye significativamente a que el tratamiento tenga éxito, pero con frecuencia se ve afectado por fuertes sentimientos de negación, vergüenza y deseo de mantener el comportamiento en secreto por parte de la paciente. Aunque es probable que los individuos con trastornos alimenticios se resistan a recibir tratamiento, el método de equipo multidisciplinario de tipo completo que tenga en cuenta las necesidades médicas, psicológicas y nutricionales de estos individuos mejorará de manera significativa la eficacia del mismo.

## REFERENCIAS

Brownell KD, Foreyt JP (editors): *Handbook of Eating Disorders*. Basic Books, 1986.

Eating Disorders. http://www.mentalhealth.com/dis/p20-Et02.html

Fallon P, Katzman MA, Wooley SC (editors): *Feminist Perspectivas on Eating Disorders*. Guilford, 1994.

Garner DM, Garfinkel PE (editors): *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford, 1985.

Johnson C (editor): *Psychodynamic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. Guilford, 1991.

Miller JB: *The Development of Women's Sense of Self*, (Work in Progress, Vol. 2). Wellesley College, Stone Center for Developmental Services and Studies, 1984.

Walsh BT, Devlin MJ: The pharmacologic treatment of eating disorders. In: Shaffer D (editor): *Psychiatric Clinics of North America*. Saunders, 1992.

Yager J et al: American Psychiatric Association practice guidelines for eating disorders. Work Group on Eating Disorders. Am J Psychiatr 1993; J50(2):20.

# 14 Suicidio

*David Elkin, MD, Susan Scheidt, PhD y Amelia J. Wilcox, PhD*

El **suicidio,** en su definición más fundamental, es el acto de terminar intencionalmente la propia vida. Sin embargo, es evidente que el suicidio tiene profundas implicaciones que esta sencilla definición no transmite. Según Edwin Shneidman, el suicidio es el "acto consciente de aniquilación autoinducida, que se comprende mejor como un malestar multidimensional en un individuo necesitado que define una situación para la cual este acto se percibe como la mejor solución". Shneidman también describe al suicidio como "un dolor psíquico": "un dolor lacerante, angustioso, profundo y constante de tipo psicológico en la psique, la mente". Postula que el suicidio se lleva a cabo cuando la persona experimenta que su dolor psicológico "es intolerable". De este modo, el suicidio puede conceptualizarse como un método para resolver un problema que causa sufrimiento, relacionado con sentimientos de desesperación e impotencia. El suicidio representa un conflicto entre la voluntad de vivir y el hecho de vivir a merced de tensiones incontrolables.

## INCIDENCIA

Según las estadísticas de 1993 del *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental), el suicidio es la novena causa principal de muerte en Estados Unidos y da lugar al 1.4% del total de defunciones. La tasa ajustada según la edad para muertes por suicidio en Estados Unidos, en el año 1993, fue de 11.3/100 000, o sea, cerca de 30 000 muertes al año. En general, la tasa de suicidios ha permanecido constante en los últimos 90 años y alcanzó un máximo de 17.4/100 000 en 1932. Las tasas estimadas de intento de suicidio incluyen de ocho a 25 intentos de suicidio por cada suicidio exitoso, pero es difícil determinar las tasas precisas porque estos hechos se mantienen en secreto. En Estados Unidos una persona comete suicidio aproximadamente cada 20 minutos y se producen un total de 75 suicidios diariamente.

### Geografía

La tasa de suicidios en Estados Unidos es intermedia con respecto a otros países que llevan estadísticas de suicidios. Las tasas internacionales son variables. Según la Organización Mundial de la Salud, Hungría tiene la tasa de suicidios más elevada, de aproximadamente 40/100 000. Los países escandinavos tienen tasas relativamente altas: 29.2/100 000 en Finlandia, 21.4/100 000 en Dinamarca, 18/100 000 en Suecia y 15.5/100 000 en Noruega. Las tasas de suicidio más bajas se reportan en Italia (7.2/100 000), Brasil (5.3/100 000) y Jamaica (0.4/100 000).

Los estados del oeste de Estados Unidos tradicionalmente presentan tasas de suicidio más altas que el nivel nacional. En 1992, Nevada tuvo la tasa más alta (25/100 000) y Nueva Jersey la más baja (6.5/100 000). San Francisco es la ciudad con mayor tasa de suicidios en Estados Unidos: la tasa en el periodo de 1992-1993 fue 16.8/100 000, lo que representó un aumento de más del 20% desde el año 1989, posiblemente asociado con el incremento de casos de SIDA. Un número mayor de personas se suicida arrojándose del puente *Golden Gate* de San Francisco que en cualquier otro sitio estadounidense a nivel nacional: más de 1000 personas han saltado de este puente desde que se inauguró en 1939.

### Género

Los hombres cometen suicidio con una frecuencia cuatro veces mayor que las mujeres de todas edades, y constituyen el 80% de los casos de suicidio en Estados Unidos. Las mujeres tienen más posibilidad de efectuar intentos de suicidio. Más de 50% de los intentos de este tipo son de mujeres, aunque la mayoría de éstos no tienen éxito. Es más probable que los varones terminen con su propia vida, al realizar el intento porque emplean métodos de tipo más mortal: armas de fuego y saltar de puentes o edificios. Las mujeres con frecuencia intentan poner fin a su vida por sobredosis, pero no es probable que esto les cause la muerte. El suicidio con arma de fuego es el método más empleado

por hombres y mujeres, y da lugar a 61 % de todos los casos de suicidio.

## Edad

En contra de diversas creencias, la tasa de suicidio no es más alta entre los adolescentes. El riesgo de suicidio aumenta con la edad y las personas de 75 a 84 años presentan la tasa de suicidio más alta de cualquier grupo de edades en Estados Unidos, de 23.5/100 000. El sexo, el origen étnico y la edad interaccionan y contribuyen a la tasa más elevada de suicidio entre varones de raza blanca y edad mayor de 65 años (42.7/100 000). En contraste, las mujeres de más de 65 años tienen una tasa de suicidio de 6.0/100 000; sin embargo, la tasa de suicidios exitosos de mujeres es más alta entre quienes tienen más de 55 años.

Las personas de edad avanzada intentan suicidarse con menos frecuencia que las más jóvenes, pero es más probable que tengan éxito en el intento. El 25 % de los suicidios se producen en personas de edad avanzada, aunque éstas representan tan sólo el 10% de la población. Los factores especiales aumentan el riesgo de suicidio en personas de edad avanzada, e incluyen falta de salud con impedimentos de funcionamiento físico, modificación de la imagen corporal, disminución de las estrategias de adaptación disponibles, muertes de las personas queridas, facilidad del aislamiento social culturalmente sancionado y pérdidas cognoscitivas por procesos de demencia, paranoia que acompaña a disminución de la agudeza visual y pérdidas auditivas, polifarmacia y una mayor incidencia de depresión y ansiedad. Algunos médicos clasifican los síntomas geriátricos bajo el título de "ausencia de progreso", incluyendo alteración del funcionamiento físico, desnutrición, despresión y alteraciones cognoscitivas, aunque este síndrome en sí no se asocia con una mayor incidencia de suicidio entre la población geriátrica.

El suicidio es la tercera de las principales causas de muerte entre las jóvenes de 15 a 24 años; las lesiones no intencionadas y el homicidio son las otras dos causas principales de muerte. La tasa de suicidio entre los adolescentes se ha triplicado en los últimos 40 años hasta alcanzar una tasa de 13.2/100 000 en 1990. De manera similar con las distribuciones según el género en adultos, la mayoría de los suicidios de adolescentes (73 *%)* son cometidos por varones, aunque las mujeres suelen realizar más intentos.

Los adolescentes corren un riesgo especial por los retos que deben afrontar: impulsos conflictivos entre acercarse a la familia o lograr el distanciamiento emotivo; conflictos con progenitores, hermanos, compañeros y de tipo escolar; experimentación con el uso de sustancias y primeras relaciones románticas. Los adolescentes homosexuales, lesbianas y bisexuales corren un riesgo aún mayor, aunque no se dispone de estadísticas precisas. En las últimas décadas se ha observado un incremento drástico en las tasas de suicidio entre adolescentes. Se han sugerido diversos factores para explicar esta observación incluyendo mayor alteración de las unidades familiares, disponibilidad de armas de fuego y drogas, y tensiones sociales generalizadas que afectan a sus miembros más vulnerables y sensibles.

## Origen étnico

En general se observan tasas más bajas de suicidio en las comunidades de personas de color que entre las comunidades de raza blanca en Estados Unidos. Como se mencionó con anterioridad, estas diferencias de tasas de suicidio son particularmente notables en los adultos de edad avanzada. En general, los ciudadanos de raza blanca tienen el doble de posibilidad de cometer suicidio que los de otras razas. Los varones de raza blanca tienen 1.6 más probabilidades de cometer suicidio que los de raza negra; cuatro veces más probabilidades que las mujeres de raza blanca y 8.2 veces más posibilidades que las mujeres de raza negra. Algunos nativos americanos de ciertas tribus tienen tasas hasta del 44/100 000, en particular entre los adolescentes de sexo masculino. El orden de rango de las tasas de suicidio en Estados Unidos por incidencia según el origen étnico es como sigue (de más alto a más bajo): nativos americanos, raza blanca, estadounidenses de origen japonés, estadounidenses de origen chino, hispánicos, afroamericanos y estadounidenses de origen filipino. En total, el 70% de todos los suicidios son cometidos por hombres de raza blanca.

En términos de religión, los católicos tienen menos posibilidad de cometer suicidio que los protestantes o los judíos. Aunque las comunidades religiosas no aprueban el suicidio, la mayoría siente empatía hacia el individuo que lo comete y le proporcionan apoyo y compasión a su familia y amigos. Sin embargo, hasta la década de 1960, la iglesia católica consideraba que el suicidio constituía un escándalo público y no permitía que quienes lo cometían fueran enterrados dentro de la iglesia. En el judaísmo, una prolongada corriente de prácticas rabínicas no observaba luto por las personas que cometían suicidio, pues consideraba que constituía una falta moral. En la actualidad, los líderes judíos consideran que la mayoría de las personas que ponen fin a su propia vida padecía problemas de adaptación a la vida y no se suicidaron por un "desprecio cínico hacia la vida". Por lo tanto, también en estos casos se siguen los ritos normales de luto.

## Estado civil

El estado civil también ejerce cierto efecto sobre las tasas de suicidio. Se observa una tasa superior de suicidio entre los individuos que anteriormente estaban casados, pero que quedaron viudos o se divorciaron en el momento en que decidieron poner fin a su vida. La tasa de suicidio es de 24/100 000 entre las viudas

y 40/100 000 entre las divorciadas. Entre las personas casadas, la tasa es de 11/100 000. El matrimonio, cuando está reforzado por hijos, reduce de manera significativa el riesgo de suicidio. Las personas solteras que nunca se casaron tienen casi el doble de probabilidades de cometer suicidio que los individuos casados.

### Nivel socioeconómico y profesional

Conforme el nivel social de la persona es más alto, corre mayor riesgo de suicidarse. Entre más grande es la caída, mayor es el riesgo. El trabajo protege en contra del suicidio, aunque ciertas ocupaciones se asocian con mayor riesgo del mismo. Se considera que los médicos corren mayor riesgo al respecto que otras profesiones. La tasa de suicidio entre médicos es de 36/100 000, o sea tres veces superior a la de la población en general. Dentro de los médicos, el sexo femenino tiene un riesgo ligeramente más alto que los varones, y además un riesgo significativamente superior al de otras mujeres (41/100 000 contra 12/100 000). Los elevados niveles de tensión, el fácil acceso a los fármacos potencialmente mortales, las elevadas tasas de abuso de alcohol con respecto al promedio y la negativa a solicitar ayuda quizá contribuyan a estas tasas de suicidio más altas. La mayoría de los médicos que cometen suicidio cuentan con un diagnóstico previo de algún trastorno mental, generalmente depresión o abuso de sustancias. Los psiquiatras corren el riesgo más alto seguido por los oftalmólogos y los anestesiólogos. Otras poblaciones especiales en riesgo incluyen músicos, abogados, policías, dentistas, escritores y agentes de seguros.

### Salud física

El comportamiento suicida se correlaciona fuertemente con problemas médicos. De todas las personas que cometen suicidio, 32% han recibido atención médica en los seis meses anteriores a su muerte; quizá esta estadística refleje un intento de recibir atención por depresión u otro tipo de trastorno mental. Cierto estudio demostró que 2.44% de los pacientes de cuidados primarios reportaron que habían experimentado **ideas suicidas** (pensamientos) durante el mes anterior a su cita con el médico. Algunos estudios han demostrado que la frecuencia de visitas a los médicos de cuidados primarios aumenta en los meses anteriores al suicidio. Una valoración nacional (en Estados Unidos) del riesgo de suicidio entre hombres con SIDA (análisis de datos de 1987 a 1989) arrojó una tasa de 165/100 000 que es 7.4 veces más alta que la tasa entre varones similares desde el punto de vista demográfico en la población en general. Se desconoce de qué modo los nuevos medicamentos de inhibición de proteasa afecten las tasas de suicidio entre las personas con síndrome de insuficiencia adquirida.

### Salud mental

Prácticamente todos los trastornos mentales se asocian con mayor riesgo de suicidio, con excepción de retraso mental y demencia. Más de 90% de todos las personas que cometen suicidio padece uno o más trastornos mentales diagnosticados en el momento de la muerte. (Véase la sección titulada "Suicidios y trastornos psiquiátricos" para una discusión más amplia de este tema.)

## CAUSAS

### Factores psicológicos

No se cuenta con una formulación psicodinámica de tipo único o una estructura de personalidad asociada con el suicidio. Es posible aprender mucho sobre la psicodinámica de las personas suicidas a partir de sus fantasías en términos de lo que imaginan que la muerte les proporcionará, a quién afectará y qué consecuencias tendrá. Los temas comunes incluyen venganza, poder, control, castigo, expiación, sacrificio, restitución, escape, sueño, aislamiento social, deseo de ser rescatado, renacimiento y reunión con los muertos. La preocupación por el suicidio a menudo constituye un método para luchar contra la depresión intolerable y la desesperanza. Con frecuencia se observa ambivalencia con respecto a cometer el suicidio, como se refleja por los pensamientos y comportamientos conflictivos.

> Clodomiro J, de 30 años, se lesionó en un muelle de carga mientras trabajaba, cuando una caja de madera le aplastó la pierna derecha al caer. La rehabilitación física se llevó a cabo lentamente con pocas esperanzas de que lograra recuperar el funcionamiento total del miembro. Además quedó con dolor crónico que no se aliviaba con medicamentos ni con una intervención quirúrgica. En los últimos tres años desarrolló depresión grave con disminución de la autoestima y sentimientos de falta de valía que se acentuaron cuando su esposa tomó un segundo empleo para ayudar a pagar las cuentas. El impulso sexual del Sr. J también disminuyó y se sintió lleno de odio hacia su cuerpo.
>
> El Sr. J volvió su ira contra la compañía de seguros responsable de pagar la compensación de trabajo, la cual de manera repetida retrasaba la autorización de servicios como ortésicos para sus zapatos, un aparato especial para manejar con las manos y una intervención quirúrgica que quizá redujera su dolor. Comenzó a experimentar intensas fantasías sobre cometer suicidio y que su esposa ganara una demanda en contra de la compañía de seguros por haber contribuido a su muerte, considerando que esto restauraría

su imagen ante su esposa de "hombre capaz de cuidar de su familia". Ella quedaría viuda pero con dinero y él estaría muerto pero a través de su muerte recuperaría su honor.

Muchos días, cuando el Sr. J despertaba con ansiedad, temor o ira encendía su automóvil con la puerta de la cochera cerrada. Tras varios minutos de vivir su fantasía de suicidarse, detenía el motor y regresaba a casa, percibiendo así que controlaba mejor su vida. Cierto día quedó mareado por los gases del escape. Se sintió tan atemorizado que por último reveló sus pensamientos y comportamientos suicidas al médico familiar. Este le recetó antidepresivos y lo envió con un grupo de apoyo para personas deprimidas con enfermedades crónicas.

Los individuos que tienen más probabilidades de poner en práctica sus ideas suicidas son los que han experimentado alguna lesión narcisista (que lesiona la propia autoestima como un descenso de categoría en el trabajo, alguna enfermedad física crónica o una desfiguración) o pierden a la persona amada, ya sea porque muere o porque la relación termina; o quienes se sienten abrumados por sus emociones o que se identifican con algún miembro o amigo de la familia que cometió suicidio.

Una jovencita de 18 años, amada por su familiares y amigos, comenzó a usar marihuana y cocaína en cantidades cada vez mayores. Quedó cada vez más deprimida, y se suicidó colgándose de su habitación, donde su madre descubrió su cadáver. La madre nunca se recuperó en su totalidad de la impresión que le produjo el suicidio de su hija, se sintió cada vez más impotente y se retiró de los contactos sociales. En el tercer aniversario de la muerte de su hija, la madre también se suicidó, disparándose con una arma de fuego en la habitación de su hija.

Algunas personas realizan un intento de suicidio en el momento en que parece que están recuperándose de las tensiones de la vida. Este comportamiento es frecuente en personas que se recuperan de la depresión y quizá sea el resultado de ideas suicidas persistentes combinadas con mayor nivel de energía.

### Factores biológicos

Estudios recientes han examinado la neuroquímica del suicidio. Se cree que las tendencias suicidas son ocasionadas por una deficiencia de serotonina. En cierto estudio se observó una disminución de 5-HIAA, un metabolito de la serotonina en un grupo de personas deprimidas, que intentaron suicidarse. Quienes intentaron suicidarse por métodos violentos tenían un nivel más bajo de 5-HIAA en su líquido cefalorraquídeo (LCR) que quienes no intentaron suicidarse o quienes lo intentaron de manera menos violenta.

### Factores genéticos

El suicidio suelen darse en las familias. Con frecuencia los individuos que intentan suicidarse cuentan con antecedentes familiares positivos de suicidio en comparación con quienes no lo intenten. En cierto estudio, los parientes de primer grado de pacientes psiquiátricos suicidas tuvieron ocho veces más probabilidad de intentar suicidarse que los controles. Los miembros de la familia que intentan suicidarse sirven como modelos para otros miembros cuando éstos afrontan la opción de suicidio. Otros posibles factores genéticos que contribuyen al suicidio quizá sean los que se relacionen en la transmisión de trastorno bipolar, esquizofrenia, susceptibilidad a la dependencia del alcohol y otras sustancias e impulsividad, todos los cuales se asocian con mayor riesgo de suicidio.

Ricardo F, un joven de 26 años, experimentó su primer episodio de psicosis tras la ruptura de una relación. A partir de esa fecha presentó episodios múltiples de psicosis, además de episodios de depresión grave y manía que condujeron al diagnóstico de trastorno esquizoafectivo. El Sr. F era incapaz de trabajar o de mantener relaciones estables como resultado de cambios repentinos de estado de ánimo de tipo continuo y episodios de psicosis, algunos de los cuales se relacionaban con uso de drogas o falta de cumplimiento con los medicamentos. Realizó numerosos intentos de suicidio por sobredosis de medicamentos. También a propósito conducía su motocicleta demasiado rápido y en cierta ocasión la chocó intentando suicidarse.

Dos años antes, el Sr. F descubrió el cuerpo de su hermana, quien se suicidó. Su propio padre se había suicidado cuando él era niño y su madre murió de un infarto del miocardio mientras él trotaba a su lado. El Sr. F expresó su deseo constante de morir en la siguientes palabras "En esta vida sólo hay dolor para mí, y mi familia espera al otro lado que me una a ellos".

### Factores sociales

Durkheim fue el primero en describir los determinantes sociales del comportamiento de suicidio. Empleó el término anomía para describir la profunda sensación de aislamiento y enajenación de la sociedad que experimentan muchos individuos suicidas. Estudios más recientes se han enfocado en variables socioeconómicas, como estado civil, cambio del empleo y antecedentes étnicos. Estos factores se consideran más adelante en el presente capítulo.

## ONCE MITOS SOBRE EL SUICIDIO

Existen numerosas ideas erróneas con respecto al suicidio. Los médicos deben estar alertas ante estas suposiciones poco precisas para valorar y tratar a las personas con mayor eficacia.

*Mito:* si uno le pregunta a una persona sobre posibles ideas suicidas, introduce esta idea o aumenta su riesgo de que cometa suicidio.

*Hecho:* a menudo los pacientes sienten alivio al poder revelar este tipo de pensamientos y otra persona les asegura que no están "locos" por tenerlos. Los pacientes se sienten más confiados cuando al compartir esta información es posible diseñar alguna intervención para ayudarlos.

*Mito:* las personas que hablan acerca de suicidarse no siempre intentan poner sus ideas en práctica.

*Hecho:* en general, existen ciertas indicaciones previas a un intento de suicidio. Quizás el individuo revele que está considerando la posibilidad de suicidarse o existan algunas señales en su comportamiento. Por ejemplo, quizá regale sus pertenencias o regularice su situación financiera.

*Mito:* los individuos que cometen suicidio están decididos a morir.

*Hecho:* la mayoría de las personas que intentan suicidarse tiene sentimientos ambivalentes con respecto a la muerte. Quizá se sientan muy aliviados al poder discutir sus pensamientos suicidas o el recibir cuidado como internos o externos para la depresión subyacente, la psicosis o los trastornos de ansiedad.

*Mito:* todas las personas que intentan suicidarse están deprimidas.

*Hecho:* aunque esto es muy frecuente, es probable que los pacientes no estén deprimidos, sino que sufren de ansiedad, agitación, trastornos de personalidad, psicosis, uso de sustancias, trastornos de impulsos o alteraciones cognoscitivas.

*Mito:* el suicidio es genético y hereditario.

*Hecho:* quizá diversos trastornos psiquiátricos tengan base hereditaria y tal vez ésta desempeñe algún papel en el comportamiento de suicidio; sin embargo, no puede decirse que el suicidio sea exclusivamente un trastorno biológico.

*Mito:* el suicidio es más común en los grupos de niveles socioeconómicos inferiores.

*Hecho:* el suicidio se da en todos los niveles de la sociedad y es muy probable que los datos de los casos de suicidio sean inferiores en todos los niveles.

*Mito:* los pacientes suicidas casi nunca solicitan ayuda médica.

*Hecho:* algunos estudios indican que más de la mitad de las personas que al final intentan suicidarse han estado en contacto con algún profesional de la salud en los seis meses anteriores. Muchos de estos sujetos acuden a consulta en el mes anterior al intento. Dicho patrón sugiere que están dispuestos a solicitar ayuda y el médico puede iniciar una discusión sobre los pensamientos suicidas del paciente o detectar su intención en caso de que éste no declare sus intenciones. Además, debido a los cambios en la sociedad en los últimos SO años, las personas que anteriormente solicitaban ayuda o compañía de amigos, familiares o líderes religiosos, solicitan cada vez con mayor frecuencia ayuda médica en tiempos de crisis física o espiritual.

Mío: sólo los estudiantes de medicina que planean especializarse en psiquiatría deben aprender la manera de valorar y tratar el suicidio.

*Hecho:* los pacientes con problemas psiquiátricos (incluyendo los suicidas) tienen más probabilidades de ser examinados por internistas, médicos familiares y otro tipo de médicos. Esta tendencia es resultado del estigma social de las enfermedades mentales y las bajas tasas de pacientes con este tipo de trastornos que solicitan ayuda.

*Mito:* no tiene objeto preguntar al paciente si ha tenido idea de suicidarse porque, si él tiene la intención de poner fin a su vida, nadie podrá modificarla ni ejercer impacto a largo plazo.

*Hecho:* muchos pacientes suicidas desean ayuda, y se dispone de tratamiento eficaz que permite reducir el riesgo de suicidio de manera drástica. Este mito puede relacionarse con las anteriores ideas falsas acerca del suicidio y con la incomodidad que muchos médicos sienten con respecto a las enfermedades mentales en general y el suicidio de manera específica. Quizá también se deriva de las respuestas emotivas que los proveedores de cuidados de la salud experimentan hacia los pacientes autodestructivos, incluyendo la actitud decididamente fatalista, si no punitiva, que en ocasiones compromete de manera considerable el cuidado del paciente.

*Mito:* las personas que realizan "gestos suicidas" sólo solicitan atención y en realidad no corren el riesgo de suicidarse.

*Hecho:* los pacientes que llevan a cabo **comportamiento parasuicida** (intentos de suicidio repetidos de tipo no mortal) corren mayor riesgo de realizar intentos de suicidio y de morir en ellos en los meses o años que siguen a cualquier intento de este tipo.

*Mito:* los pacientes con enfermedades físicas graves o terminales no se suicidan.

*Hecho:* los pacientes físicamente incapacitados por la enfermedad son muy capaces de cometer suicidio. La motivación y el ingenio humano a menudo se subestiman y para muchos pacientes con enfermedades crónicas o terminales el suicidio quizá constituya una alternativa para evitarse a sí mismos y a sus familias sufrimientos prolongados. Inclusive los pacientes parapléjicos o intubados aplican su ingenio para poner fin a sus vidas o quizá soliciten ayuda de los miembros de su familia o de amigos con este fin.

## VALORACION CLINICA

Durante la valoración clínica, es conveniente investigar los siguientes aspectos en aquellos pacientes que se sospecha albergan ideas suicidas:

- Pensamientos recientes con respecto a suicidarse. Este tema puede atacarse de manera directa o más suavemente, como realizando una serie de preguntas progresivas sobre pensamientos pasivos y activos y transmitiendo de manera simultánea al paciente que el hecho de tener pensamientos sobre el suicidio es frecuente. Por ejemplo, el médico puede decirle, "me parece que ha sufrido muchas tensiones últimamente. En ocasiones las personas que experimentan tensión se preguntan si no sería mejor dejar de estar aquí. ¿Ha pensado alguna vez algo al respecto? o ¿Se le ha ocurrido alguna vez, aunque sea de manera transitoria, la posibilidad de suicidarse?"
- Intentos previos de suicidio o fantasías suicidas. Los antecedentes de intentos previos aumentan el riesgo de suicidio del paciente. El médico debe investigar la naturaleza y la gravedad del o los intentos previos. Por ejemplo, ¿fue un intento grave? ¿Recibió usted atención médica o psiquiátrica? ¿Se produjo el intento tras una planeación cuidadosa o fue de tipo impulsivo? ¿Estaba usted intoxicado? ¿Solicitó ayuda inmediatamente o lo encontraron de manera accidental? ¿Recibió tratamiento como hospitalización, medicamentos o terapia externa?

Opinión acerca de la muerte incluyendo creencias religiosas e ideas sobre la vida después de la muerte. Algunas personas creen que el suicidio es un pecado muy grave y por lo tanto constituye una opción menos atractiva. Otros creen en la vida des pués de la muerte y en que se unirán con las personas a quienes aman, lo cual disminuye las barreras internas para el comportamiento suicida. Estos aspectos pueden investigarse directamente formulando preguntas como las siguientes: ¿Qué cree usted que pasaría si tuviera éxito para poner fin a su vida? o ¿Qué cree usted que ocurre a las personas después de que muere?

- La presencia de síntomas de depresión, con particular énfasis en ansiedad, impotencia y agotamiento, que se asocian con mayor riesgo de suicidio. Por ejemplo, si el paciente dice, "Creo que ya no puedo tolerar vivir de este modo mucho tiempo más", el médico puede preguntarle "¿Ha sentido alguna vez que está a punto de darse por vencido?"
- Planes, intenciones y disponibilidad de medios. El médico debe determinar qué tan específicos son los pensamientos de suicidio del paciente. Quizás él haya realizado intentos abortados recientemente, por ejemplo, colocarse una docena de píldoras en la boca y después escupirlas a los pocos minutos.
- Preocupación sobre el efecto del comportamiento en los miembros de su familia. El médico puede preguntar, "¿Y cómo cree que tomarían los miembros de su familia el hecho de que usted se suicidara?" Los pacientes que se sienten culpables y piensan que su familia la pasaría mejor sin ellos, corren mayor riesgo de realizar intento de suicidio.
- La verbalización de las ideas de suicidio a los colaboradores, amigos o familiares. Quizá alguno de estos individuos haya llamado al médico para que intervenga, de parte del paciente.
- La preparación de un testamento, renunciar al empleo o regalar las posesiones. Los miembros de la familia afectados o los amigos a menudo pueden confirmar si el paciente ha realizado alguno de estos actos.
- Tensiones actuales o previas en la vida. El médico debe preguntar si ha ocurrido algo recientemente que aumente el nivel de tensión a que la persona se encuentra sometida. Este tipo de tensiones incluye enfermedades, pérdidas en el trabajo o en las relaciones, tensiones financieras o la muerte de algún amigo o miembro de la familia.
- Uso de sustancias. El abuso de sustancias incrementa considerablemente el riesgo de suicidio, ya que aumenta la posibilidad de depresión y comportamiento impulsivo. El médico debe preguntar al paciente si usa alcohol y drogas ilícitas o de prescripción. Sin embargo, debe estar consciente de que una proporción importante de las personas que usan sustancia minimizan, subestiman o niegan su uso.
- Impulsividad. ¿Actúa el paciente de manera impulsiva? ¿Es capaz de efectuar un contrato verbal y adherirse al mismo, o presenta un comportamiento de tipo más inestable? La impulsividad tiene más probabilidades de aumentar en presencia de abuso de sustancias (véase el punto anterior).

- Antecedentes familiares de enfermedad mental, incluyendo intentos de suicidio. ¿Tiene el paciente antecedentes familiares de depresión, manía, psicosis, uso de sustancias, hospitalización psiquiátrica o intentos de suicidio o muertes en circunstancias sospechosas?
- Sistema de apoyo. ¿Cuenta el paciente con un grupo estable de personas dispuestas a ayudarlo y a quienes pueda recurrir? ¿Es probable que estas personas sean comprensivas o que reaccionen de manera excesiva o mínima?
- Tratamiento psiquiátrico reciente. ¿Ha establecido el paciente una relación de confianza con un psiquiatra, psicólogo o consejero de la comunidad? ¿Puede el médico ponerse en contacto con el pro veedor de tratamiento psiquiátrico?, de ser así, ¿posee este proveedor una buena comprensión clínica de la situación?
- Enfoque en la esperanza. ¿Conserva el paciente alguna esperanza de alivio o mejoría? ¿Cuenta con algún tipo de recursos o puntos fuertes como creencias familiares o religiosas? ¿Qué fortaleza interna le ha servido como apoyo en el pasado? Esta línea de cuestionamiento también puede usarse para que la entrevista concluya con más esperanza o para desplazar el enfoque del paciente hacia la elaboración de un plan terapéutico.

## COMPORTAMIENTOS SUICIDAS

También son frecuentes otros tipos de comportamientos suicidas indirectos.

### Comportamiento parasuicida

Algunas personas realizan múltiples intentos de suicidio, pero parecen particularmente ambivalentes acerca de ellos, y quizá exhiban un deseo mixto de morir y también de ser rescatados. Este tipo de intentos se denomina **comportamiento parasuicida** y ocurren con mayor frecuencia en sujetos con trastorno de personalidad *borderline.* Los proveedores de cuidados de salud suelen referirse a estos intentos repetidos de suicidio denominándolos gestos suicidas o "gritos de auxilio", aunque estos términos minimizan el riesgo significativamente mayor de suicidio que se observa en estos pacientes. Si se diera seguimiento a una cohorte hipotética en el transcurso del tiempo, comenzando desde el primer intento ambivalente, se observaría una elevada tasa de repetición de intentos de suicidio. Aproximadamente 1 % de las personas logra poner fin a su propia vida con éxito al año, lo que da un total de 10% en cada década. Esta tasa es significativamente superior a la tasa de suicidios exitosos que se observan entre la población en general y subraya la gravedad de la afección y la necesidad de tratamiento.

### Comportamiento autodestructivo de tipo indirecto

Muchos sujetos parecen expresar comportamiento suicida de tipo indirecto a través de diversos métodos, incluyendo actividades peligrosas de estilo de vida. Algunos expertos dicen que el comportamiento suicida constituye un continuo y consideran que las personas que llevan a cabo acciones que los colocan en mayor riesgo de morir son "levemente" suicidas. Se puede considerar que el comportamiento sexual de alto riesgo, fumar cigarrillos, comer en exceso, someterse a dieta de manera excesiva, los trastornos alimenticios, el uso de drogas y alcohol, conducir de manera peligrosa o no usar los cinturones de seguridad son formas de expresión parcial de impulsos suicidas.

Alejandro P, una persona de 30 años, asistía a terapia por depresión, ataques de pánico y, en sus propias palabras, "angustia existencial". El Sr. P se preocupaba muy poco por su cuerpo. Tenía obesidad mórbida, fumaba cigarrillos y no cumplía con los medicamentos contra la diabetes y la hipertensión e insistía en caminar al trabajo atravesando barrios muy peligrosos. Tras un año de tratamiento había efectuado pocos progresos, con excepción de la disminución de los síntomas, gracias al tratamiento con antidepresivos.

Se observó que el Sr. P presentaba edema del tobillo y otros signos de insuficiencia cardiaca congestiva y se le diagnosticó un leve ataque cardiaco. El expresó poca preocupación sobre su estado diciendo "Siempre pensé que sería conveniente que me cayera una caja fuerte en la cabeza algún día". Ni el internista ni el psiquiatra pudieron convencerlo de dar pasos para mejorar su salud, con excepción de mejorar levemente su apego a los medicamentos prescritos.

## EL SUICIDIO Y LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

El 90% de las personas que realizan intentos de suicidio tiene enfermedades psiquiátricas. Es fundamental efectuar una evaluación precisa de estos trastornos y darles tratamiento para prevenir el comportamiento suicida posterior.

### Trastornos del estado de ánimo

Cerca de 10% de la población de Estados Unidos se encuentra afectada por trastornos unipolares y bipolares (véanse caps. 5 y 6). Dichos trastornos se correlacionan fuertemente con intentos de suicidio. De 15 a 20% de las personas con trastornos del estado de ánimo logran en determinado momento poner fin a su propia vida. Una elevada proporción de estos pacientes

padecen trastornos no diagnosticados o subtratados. Los suicidios suelen intentarse al comienzo del curso de la enfermedad más que en las etapas finales. No obstante, 40% de los individuos a quienes se diagnostica depresión y que intentan suicidarse, tiene antecedentes de intentos previos cuando son evaluados. Los estudios sugieren que durante el primer año de depresión, la ansiedad comórbida refuerza fuertemente el riesgo de suicidio. La sensación subjetiva de impotencia se correlaciona con intentos de suicidio en estados de depresión crónica.

Los datos históricos señalan que antes de la llegada de los estabilizadores del estado de ánimo, una de cada seis personas con trastorno bipolar cometían suicidio. Las personas que padecen trastorno bipolar tienen pocas probabilidades de intentar suicidarse mientras encuentran episodio de manía, excepto cuando ésta se complica con síntomas psicóticos. La incidencia de intentos de suicidio aumenta para sujetos en **estados mixtos** (manía con depresión e irritabilidad). Como ocurre en la depresión, estos episodios colocan a los pacientes en mayor riesgo de suicidio. Este riesgo puede complicarse por la tendencia de las personas a acumular deudas considerables u ocasionar tensiones en el trabajo o de tipo social cuando se encuentran en el estado de manía. Es probable que estas tensiones adicionales aumenten los sentimientos de desesperanza o impotencia, que subsecuentemente son ampliados por la depresión.

La depresión grave complicada por síntomas psicóticos se asocia con culpa grave, paranoia y aislamiento social y un alto riesgo de suicidio.

Wendy N, una mujer de 54 años, experimentó depresión grave cuando su marido solicitó el divorcio. Su depresión se hizo más profunda, pero se negó a consultar al psiquiatra, aunque sus amigos le transmitieron su preocupación por ella. La Sra. N se retiró cada vez más de la sociedad y comenzó a experimentar síntomas psicóticos, incluyendo el delirio de que era culpable de haber cometido un horrible crimen y pasaría el resto de su vida en la cárcel. Comenzó a escuchar una voz que le ofrecía comentarios negativos sobre su vida y la urgía a "ponerle fin sin más ni más". Cayó en estado comatoso tras ingerir una botella de píldoras para dormir que se adquieren sin receta. Sus amistades la encontraron y pidieron una ambulancia. La Sra. N fue llevada al hospital y tras recibir aprobación médica fue transferida a la clínica psiquiátrica para tratamiento como interna.

### Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo

Alrededor de 10% de los pacientes que padecen esquizofrenia (véase cap. 4) cometen suicidio. El suicidio suele ocurrir con mayor frecuencia en personas cuyo curso se está deteriorando y entre hombres no casados. El suicidio es más frecuente a comienzos del curso de la esquizofrenia, cuando los enfermos se encuentran en la adolescencia o son adultos jóvenes. El abuso de sustancias y los síntomas de depresión aumentan aún más el riesgo de suicidio. La combinación de psicosis y cambios bruscos del estado de ánimo que se acompaña de trastorno esquizoafectivo da lugar a la elevada tasa de suicidios que se observan en este trastorno. El fenómeno denominado **alucinaciones de comando** (en las cuales la persona escucha una voz que le indica que haga algo, en este caso que ponga fin a su propia vida) es poco usual, pero debe descartarse en los trastornos psicóticos porque incrementa notablemente el riesgo de suicidio.

Blas B, un joven de 24 años, había recibido el diagnóstico de esquizofrenia tras un lapso de psicosis cuatro años antes. Respondió bien cuando tomó el neuroléptico clorpromacina regularmente y había conservado un empleo en el taller de reparaciones automotrices de su tío. Sin embargo, tendía a no cumplir con sus medicamentos y ocasionalmente utilizaba cocaína. Estos comportamientos ocasionaron episodios frecuentes de psicosis y dieron lugar a que perdiera todo interés en sus labores.

El Sr. B reportó que un día después de haber dejado de tomar clorpromacina por casi una semana, vio en su habitación "una flor gigantesca abriendo sus pétalos, parecida a una rosa". Escuchó "la voz de Dios" indicándole que "saltara hacia afuera de la ventana". Se lanzó desde el tercer piso, pero cayó sobre el pasto sin sufrir heridas graves. Subió de nuevo con prontitud a su habitación y volvió a saltar por la ventana y esta vez se fracturó ambas piernas.

Mientras se encontraba tendido sobre el piso escuchó una voz que le decía "¡te amamos!, ¡te amamos!" Fue llevado al hospital donde sus lesiones fueron valoradas y tratadas. Al recuperarse, dijo a los psiquiatras que pensaba que si hubiera muerto Dios le habría concedido "un universo completo", agregando "sería exclusivo para mí, y podría invitar ahí a quien yo deseara". Su concepción de la muerte incluía muchas características atractivas derivadas de delirios de grandeza que recurrían durante sus episodios psicóticos.

### Trastornos de personalidad

Los individuos que padecen trastornos de personalidad (véase el cap. 12) se encuentran predispuestos al comportamiento suicida. La combinación de estilos y adaptación rígidos, impulsividad y relaciones afecta-

das aumenta el riesgo de suicidio. El trastorno de la personalidad *borderline* (TPB) se caracteriza por inestabilidad de afecto, pensamientos, comportamiento y relaciones interpersonales e identidad. Las personas con el trastorno de personalidad *borderline* en ocasiones se lesionan a sí mismos quemándose o cortándose y suelen realizar múltiples intentos de suicidio.

Con frecuencia los intentos de suicidio se llevan a cabo mientras los sujetos se encuentran deprimidos o iracundos, a menudo tras alguna alteración o ruptura de una relación significativa y estos intentos pueden ser sumamente manipulativos. Se estima que la tasa de suicidio entre pacientes con trastorno de personalidad *borderline* es de casi 10%. El tratamiento de este paciente suicida es problemático por la cronicidad de las ideas suicidas y de los intentos y se observa regresión psicológica en estas personas cuando son ingresadas a las unidades psiquiátricas para darles tratamiento.

Otros trastornos de personalidad predisponen a los pacientes a tener pensamientos o comportamiento suicidas. En general, los trastornos de personalidad indican un conjunto más frágil "de defensas emocionales" que alteran la adaptación a la tensión o a los cambios. Los trastornos de personalidad del grupo B (personalidad *borderline* narcisista, antisocial e histriónica) implican una consideración "dramática" del mundo y de las relaciones interpersonales. Las personas que padecen este tipo de trastornos tienen más posibilidades de experimentar relaciones turbulentas con otras personas, caracterizadas por conflicto e hipersensibilidad o sensación de rechazo o abandono.

Los pacientes con trastornos de personalidad narcisista quizá respondan con enojo a las supuestas afrentas a su autoimagen idealizada y esto puede transformarse en ira dirigida contra sí mismos. Los pacientes con trastornos de personalidad antisocial a menudo llevan vidas caóticas caracterizadas por problemas legales, impulsividad y abuso de sustancias, todos los cuales son factores que pueden aumentar el riesgo de suicidio. Las personas con trastornos de personalidad histriónica están expuestos a labilidad emocional y estallidos que pueden dar como resultado intentos de suicidio, con objeto de llamar la atención de las personas que los rodean.

### Trastornos de ansiedad

Inicialmente se pensó que los trastornos de ansiedad (véase cap. 7) no se asociaron con suicidio, pero estudios realizados en las décadas de 1980 y 1990 documentaron una elevada tasa de intentos de suicidio en personas con trastorno de pánico y trastorno obsesivo-compulsivo. Quizá esta relación sea resultado de diversos factores, incluyendo depresión comórbida, conflicto psicológico subyacente, aislamiento social secundario a comportamiento evasivo y una sensación de vergüenza y pena común entre las personas que tienen estos trastornos.

> Pablo S, un estudiante universitario, experimentó el inicio de ataques de pánico durante su segundo año. Los ataques se hicieron cada vez más frecuentes y alteraron su capacidad para preparar los exámenes. Su familia había emigrado de Portugal, en donde él creció, y ejercían presiones significativas para que tuviera éxito en la ciencia, aunque él se interesaba más en las humanidades. Como muchas personas que padecen trastornos de pánico, el joven S se sentía demasiado apenado para solicitar ayuda y creía, en vez de ello, que había algo "moralmente equivocado " en su persona y que sólo produciría vergüenza a su familia.
>
> El joven S tomó una sobredosis de píldoras y comenzó a caminar en el mar de una bahía cercana, alejándose de la playa. Posteriormente se le encontró semiinconsciente en una playa y fue ingresado al hospital para tratamiento de sobredosis e hipotermia. Se recuperó y fue transferido a una unidad psiquiátrica como interno, donde participó en terapia individual, de grupo y familiar.
>
> El joven S pudo discutir posteriormente su deseo de cambiar de carrera y sus planes de trabajo con su familia y recibió instrucción sobre los aspectos médicos del trastorno de pánico, lo cual alivió sus sentimientos de vergüenza. Regresó a la universidad y en la visita de seguimiento seis meses después se sentía bien y había dejado de usar medicamentos.

## SUICIDIO Y USO DE SUSTANCIAS

El uso de alcohol y otras sustancias aumenta considerablemente el riesgo de suicidio por diversos mecanismos.

### Alcohol

El alcohol ha resultado implicado en 25 a 50% de todos los intentos de suicidio; hasta un 15% de los alcohólicos cometen suicidio en último término. El alcohol sirve como catalizador de los intentos de suicidio de diversas maneras. En primer lugar, es utilizado por un elevado porcentaje de personas con trastornos afectivos, y por ser depresor, su largo plazo también produce presentación clínica de depresión grave. Segundo, como el alcohol desinhibe los pensamientos y el comportamiento, algunas personas tienen pocas o ninguna idea de suicidio cuando están sobrios, pero con rapidez adquieren fuertes ideas suicidas cuando están ebrios. Por último, la desinhibición del compor-

tamiento puede hacer que los pacientes actúen según sus pensamientos suicidas. El 40% de los alcohólicos suicidas tienen antecedentes de intentos de suicidio previos.

Los sujetos que beben corren riesgo adicional de suicidio si son hombres, si beben cantidades fuertes de manera cotidiana o si emplean otras drogas. Muchos pacientes dependientes del alcohol experimentan aislamiento social y la mitad de ellos ha experimentado la ruptura de alguna relación significativa en el año previo.

Genaro K, un hombre de 50 años, fue ingresado al hospital tras realizar un intento de suicidio en el estacionamiento. Tenía prolongados antecedentes de uso de alcohol y depresión. Se había salido de dos programas de rehabilitación y continuaba bebiendo regularmente. En la noche de su ingreso, el Sr. K había estado bebiendo fuertes cantidades de alcohol. Reveló a un amigo que se sentía incómodo por su reciente separación de su esposa y que "le iba a poner fin al asunto". Se sentó en su automóvil en el estacionamiento de un hospital y tomó todo el contenido de una botella de acetaminofeno y después se presentó en la sala de urgencias y le dijo al personal que había intentado suicidarse y fue capaz de hablar con libertad sobre su depresión y sus intenciones.

Al despertar a la siguiente mañana, el Sr. K no recordaba haber tomado la sobredosis y negó tener ideas suicidas. Se le dio tratamiento médico hasta la recuperación y se le permitió salir del hospital cuando aseguró al personal que no tema ideas suicidas y que estaba dispuesto a seguir tratamiento por dependencia del alcohol. A las pocas horas de dejar el hospital volvió a beber y experimentó un resurgimiento casi inmediato de las ideas suicidas. Volvió a presentarse al hospital tras un segundo intento de suicidio en menos de 48 horas tras el alta y fue ingresado a la unidad psiquiátrica para tratamiento como interno.

### Uso de otras sustancias

El uso de sustancias constituye un cofactor significativo de los intentos de suicidio, ya sea por sí solo o combinado con otros trastornos psiquiátricos. La tasa de suicidio entre usuarios de heroína es 20 veces más alta que la de la población general y puede ser aún mayor cuando los suicidios se diagnostican de manera errónea como sobredosis accidentales. La facilidad para obtener una dosis mortal de heroína, la experiencia en la administración y la asociación del uso de heroína con trastornos de la personalidad e impulsividad sin duda son factores que contribuyen a esta elevada tasa. Muchas sustancias producen sentimientos de depresión y el uso crónico de las mismas puede dar lugar a un episodio de depresión grave, que quizá continúe aunque se detenga el uso activo de la droga. El uso de sustancias también induce a estados de ansiedad o psicosis que aumentan el riesgo de suicidio.

David B, un estudiante universitario de 19 años de edad, probó el LSD por primera vez y experimentó psicosis. Fue llevado al hospital por la policía, que lo encontró corriendo por el campus, desnudo y confuso. En la sala de urgencias, el Sr. B estaba delirante y creyó que todo "formaba parte de un sueño". Sin ser observado por el personal, procedió a beber una botella de revelador para hemocultivo que tomó de una repisa cercana porque deseaba "morir en su sueño", y agregó "para poder regresar a mi vida normal". El Sr. B experimentó quemaduras químicas graves en la faringe y el esófago y fue ingresado al servicio de medicina gastrointestinal para tratamiento.

## SUICIDIO Y ENFERMEDAD MEDICA

El diagnóstico (o la simple presencia) de afecciones médicas implican un mayor riesgo de suicidio para los pacientes. Los trastornos endocrinos que se asocian con mayor riesgo de suicidio incluyen síndrome de Cushing, anorexia nerviosa, síndrome de Klinefelter y porfiria (la cual provoca cambios del estado de ánimo y episodios de psicosis). La úlcera péptica y la cirrosis se vinculan con mayor riesgo de suicidio, probablemente de manera indirecta porque ocurren con mayor frecuencia en personas que padecen dependencia y abuso del alcohol. El dolor crónico se asocia fuertemente con comportamiento suicida.

Vijay D, un hombre de 29 años que emigró a Estados Unidos procedente de la India para estudiar la carrera de piloto aeronáutico, sufrió una grave lesión en el hombro mientras trabajaba en un empleo nocturno en una tienda departamental. En esa época, el Sr. D también asistía a la escuela de aviación. Inclusive después de múltiples operaciones, su brazo derecho quedó inservible, y además le producía dolor crónico de tipo grave. Quedó cada vez más deprimido, pues su sueño de transformarse en piloto se hacía cada vez más improbable. Era el más joven de cuatro hermanos, todos ellos habían asistido a la universidad y a la escuela de posgrado en Estados Unidos y después habían regresado a su país de origen, desempeñaban trabajos exitosos y eran admirados por la familia.

La esposa del Sr. D se divorció de él tras cinco años de matrimonio, y él evitaba el contacto con sus amigos. Fue enviado a un psiquiatra cuando todos los intentos de rehabilitación y control del dolor fallaron. Sólo dormía una o dos horas por la noche y experimentaba ansiedad y se sentía consumido con pensamientos sobre la vida que pudo haber tenido. Perdió todo interés en actividades agradables, incluyendo alimentarse y su peso se redujo de un peso normal de 68 kilogramos a menos de 45.3 kilogramos. Experimentaba frecuentes pensamientos de suicidio y escribió una carta a su familia expresando su vergüenza y pidiendo disculpas. Consideraba que la muerte era el único método para disminuir o escapar de su insoportable dolor emocional.

El tratamiento consistió en prescribirle un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) y una pequeña dosis de un antidepresivo tricíclico (ATC) como coadyuvante para dormir y para el control del dolor, además de psicoterapia semanal que se enfocó en explorar otros intereses de trabajo y una adaptación de tipo más flexible.

Otros trastornos que se asocian con suicidio incluyen procesos del sistema nervioso central (SNC), como epilepsia, trastornos del tejido conectivo (p. ej., esclerosis múltiple), lesiones craneales, accidentes cardiovasculares (p. ej., apoplejía), corea de Huntington, demencia y SIDA. El riesgo de suicidio también se da en personas con afecciones urológicas como hipertrofia prostática benigna (aumento de la próstata con la edad, que conduce a retención urinaria) o hemodiálisis por insuficiencia renal. El suicidio es más común entre personas (en particular mujeres) cuya afección médica da como resultado pérdida de la movilidad o desfiguración. Quizá este aumento de riesgo sea secundario en parte a los efectos adversos sobre la vida del paciente como alteración de las relaciones y pérdida del trabajo. Los medicamentos que se relacionan con mayor riesgo de suicidio (quizá en parte por sus efectos depresores del SNC) incluyen esteroides, reserpina, bloqueadores beta y fármacos anticancerosos.

Las personas que padecen enfermedades que ponen en peligro la vida con frecuencia consideran la posibilidad de suicidarse. A menudo sienten que esto les permite controlar el proceso de enfermedad que pone en peligro su autonomía. Muchas personas no temen a la muerte, sino más bien al proceso de morir incluyendo el dolor y la pérdida de control total. El control del dolor en sujetos con enfermedades médicas terminales como el cáncer es notablemente malo en Estados Unidos, en parte porque los proveedores de salud se preocupan de que quizá estos pacientes se vuelvan adictos a los opiáceos. En muchos casos, un control eficaz del dolor (el cual puede aumentar más cuando participan especialistas en dolor en los cuidados del paciente) basta para reducir el sufrimiento y restaurar las esperanzas y el deseo de pasar el tiempo restante con los familiares.

A Ying L, un hombre de 49 años que únicamente podía hablar chino, se le diagnosticó cáncer hepático metastásico. Sus familiares, que insistían en actuar como traductores, se negaron a permitir que el equipo médico revelara al Sr. L lo serio de su afección. El quedó sumamente ansioso pues tal parece que creyó que su diagnóstico era tan grave que inclusive los médicos temían revelárselo. El comunicó a su hija sus intenciones de poner fin a su vida y ella corrió a casa para comunicarlo a su vez a su hermano (pero no se lo revelaron al equipo médico). Mientras tanto, el Sr. L se suicidó en la habitación del hospital, introduciéndose un cuchillo en el tórax.

En ocasiones, el comportamiento suicida se expresa con mal apego al tratamiento con medicamentos o con otro tipo de tratamiento médico.

Enrique P, un enfermero de 45 años, fue tratado en la sala de urgencias por insuficiencia respiratoria aguda. Se le había diagnosticado diabetes seis años antes y había respondido mal al diagnóstico. Desde esa fecha, había aumentado más de 68 kilogramos por comer en exceso. No se apegó a sus medicamentos orales al principio de su enfermedad y actualmente efectuaba pruebas erráticas de su nivel de azúcar en sangre y se administraba insulina con poca constancia. Fue ingresado al hospital varias veces el año anterior con niveles de glucosa en sangre que correspondían a tres o cuatro veces el nivel normal.

En el presente ingreso, se le diagnosticó insuficiencia cardiaca congestiva, pero el Sr. P se negó rotundamente a que le colocaran un ventilador en forma temporal hasta que se estabilizara su estado físico. Consintió cuando el jefe de la sala de urgencias (un antiguo colega) se puso personalmente a cargo de su caso y le imploró que aceptara el tratamiento de urgencias. Se recuperó tras varios días conectado al ventilador y una semana de estancia en el hospital.

A pesar de las intervenciones de sus amigos, sus hijas, su ex esposa y un psiquiatra (quien no pudo efectuar un diagnóstico definitivo) tras el alta, el Sr. P continuó participando en compor-

tamiento de alto riesgo para la salud. Murió de un ataque cardiaco masivo un año después.

## TRATAMIENTO

Los primeros pasos fundamentales para prevenir el suicidio se basan en la capacidad del médico para identificar a los pacientes en riesgo y dar pasos eficaces para reducir las posibilidades de qué pongan fin a sus propias vidas. Tras identificar un paciente en riesgo, el médico decide si es necesario que sea hospitalizado en una unidad psiquiátrica. Las indicaciones para ingreso del paciente incluyen las siguientes:

- intentos de suicidio particularmente graves que incluyan lesionarse a sí mismo con una arma de fuego o con armas punzantes, o intentos caracterizados por poca ambivalencia,
- presencia de algún trastorno psiquiátrico grave, como depresión o psicosis,
- presencia de algún trastorno de la personalidad,
- abuso de sustancia reciente o que continúe,
- impulsividad,
- agitación notable,
- desesperación profunda,
- comportamiento suicida anterior,
- antecedentes familiares de suicidio,
- acceso a medios, como poseer una pistola o tener muchos medicamentos en el hogar,
- datos de corroboración de otras fuentes como cónyuge, miembros de la familia, colaboradores o amigos.

Los pacientes con poca comprensión que niegan haber realizado un intento de suicidio o que inicialmente se centran en la manera en que otras personas o las tensiones de su vida los indujeron al intento, probablemente corran mayor riesgo de realizar intentos de suicidio en el futuro. Las personas que efectuaron los intentos de suicidio a consecuencia de alguna tensión aguda continua pero que presentan estilos de adaptación rígidos probablemente vuelvan a ser ingresados al hospital para ayudarles a planear respuestas alternativas.

Muchos pacientes suicidas consultan algún médico antes de poner en práctica sus ideas. Sin embargo, hasta dos terceras partes de los internos psiquiátricos que cometieron suicidio tras el alta, negaron tener ideas suicidas poco antes de morir. Por lo tanto, el médico responsable debe sopesar el cuadro general para decidir si hospitaliza al paciente aunque niegue tener ideas suicidas. En ocasiones, lo que los pacientes comunican a través de su comportamiento difiere drásticamente de lo que dicen. La información de familiares, amigos o terapeutas permitirá que el médico comprenda mejor a sus pacientes y decida qué vigilancia requiere.

Miguel L, un joven de 26 años, fue hospitalizado tras presentarse a la sala de urgencias quejándose de que "había tomado demasiadas aspirinas". Dijo que había tomado 30 tabletas en un periodo de 10 horas por cefalea y negó tener intención de suicidarse. Dijo a los consultores psiquiátricos que nunca había experimentado depresión. Negó padecer tensiones significativas en el hogar o en el trabajo, y dijo que su matrimonio y su empleo en una compañía de computación estaban "bien". El psiquiatra estaba a punto de darlo de alta, pero primero pidió hablar con algún miembro de su familia. El Sr. L firmó una forma de liberación de información y permitió al psiquiatra que hablara con su hermano.

El hermano le reveló una historia distinta: El matrimonio, con duración de un año, del Sr. L estaba a punto de terminar pues él había mantenido relaciones románticas con una de sus colaboradoras. Su esposa estaba quedándose con sus padres y su desempeño en el trabajo se había deteriorado hasta el grado en que su patrón estaba considerando despedirlo. El Sr. L se quejó con su hermano de padecer insomnio y tener sentimientos profundos de desesperación e impotencia. Cuando su colaboradora terminó con sus relaciones al principio de esa semana, el Sr. L llamó a su hermano para comunicarle que tenía ideas suicidas, pero se negó a considerar algún tratamiento de salud mental. Parece que los sentimientos de vergüenza y culpa impidieron al Sr. L revelar directamente al personal médico su sufrimiento. Fue ingresado a la unidad psiquiátrica para tratamiento y no protestó cuando su retención psiquiátrica continuó.

El médico siempre debe intentar que la familia del paciente suicida participe en el plan de tratamiento. Muchas familias se sienten atemorizadas de las ideas o del comportamiento suicida y agradecen el hecho de recibir orientación e instrucción. Sin embargo, las familias a menudo niegan o minimizan las implicaciones de las ideas suicidas y en ocasiones amenazan con el inicio de acciones legales en contra del psiquiatra cuando éste ordena tratamiento involuntario. Esto es particularmente cierto en familias que comprenden poco la situación, a consecuencia de uso de sustancias, trastornos de personalidad o de compartir el deseo de mantener las cosas en secreto y adoptan la actitud de negación.

Se solicitó una consulta psiquiátrica cuando un joven de 17 años se disparó a sí mismo en la

cabeza. El paciente, fue "afortunado" porque experimentó graves lesiones en la cara pero no en el cerebro. Sus padres se habían separado seis meses antes. Indicaron que durante ese periodo, su hijo había experimentado un cambio de personalidad que incluía aislamiento social, afecto extraño y posibles alucinaciones auditivas y delirios. La detección toxicológica en orina arrojó datos positivos únicamente de alcohol, lo que apuntó la posibilidad de depresión con rasgos psicóticos o más posiblemente el inicio de esquizofrenia. Los padres parecían sumamente preocupados y molestos, tenían humor inadecuado y expresaban su ira al personal de enfermería minimizando la gravedad de las acciones de su hijo.

La madre del paciente expresó la creencia de que su hijo estaba "desarrollando poderes psíquicos" y agregó "es algo común en mi familia". El padre insistió en que su hijo "sólo estaba payaseando". Continuó "seguramente estaba borracho y decidió echar unos cuantos tiros al aire, de seguro apuntó mal". Cuando el psiquiatra sugirió que los padres parecían estar minimizando el intento de suicidio de su hijo, el padre exclamó "¡Sé todo acerca de psicología. Sé que negar no es un río de Egipto!"

A pesar de la fuerte resistencia de sus padres, el joven fue ingresado a la unidad psiquiátrica para continuar su evaluación.

Las familias afectadas por problemas graves como alcoholismo o abuso sexual en ocasiones dirigen la atención a un **paciente identificado,** algún miembro de la familia a quien se considera "enfermo". De este modo, distraen la atención de los problemas familiares. Los médicos deben estar alerta ante la presencia de "secretos" de familia, o signos que indique patología en el sistema familiar de cualquier paciente suicida.

Si el paciente es dado de alta tras una estancia breve en el hospital, el equipo médico debe alentarlo a regresar a citas de salud mental como externo. Inclusive una breve llamada telefónica o una carta del hospital varios días o semanas tras el alta puede aumentar de manera significativa la posibilidad de seguimiento del paciente y por lo tanto reducir el riesgo de futuros intentos de suicidio.

Muchas personas que presentan ideas suicidas pueden ser tratados con éxito como externos. En esta era de administración de cuidados y recursos cada vez menores en el sector público, la estabilización del paciente suicida como externo es cada vez más frecuente. Los sujetos que se presentan de manera confiable a las citas y carecen de factores de riesgo más graves como síntomas psicóticos, trastornos de la personalidad, uso de sustancias o antecedentes de impulsividad, quizá constituyan buenos candidatos para terapia como externos.

El médico puede efectuar un contrato verbal o escrito con el paciente donde estipule las acciones que se tomarán en caso de que él llegue a quedar muy predispuesto al suicidio. Dicho contrato recuerda a los pacientes su responsabilidad en último término por su bienestar personal. Si el paciente necesita tener contacto telefónico con el médico entre citas, debe alentársele a que se comunique, sin importar cómo se sienta. Este arreglo evita "compensar" de manera innecesaria al paciente con contacto adicional cuando se sienta peor o tenga más síntomas.

Es preciso tener cuidado al proporcionar medicamentos que puedan emplearse en un intento de suicidio. La DL50 (dosis letal promedio) de antidepresivos tricíclicos es de tan sólo 750 mg o aproximadamente la cantidad de medicamentos que se consumen en una semana. Los medicamentos con potencial de ser mortales deben suministrarse en forma semanal. Si bien es cierto que las personas pueden acumular estos medicamentos en casa, los niveles séricos de que se dispone para algunos ATC permiten que los médicos vigilen el cumplimiento. Los antidepresivos ISRS (fluoxetina, sertralina y paroxetina) se prefieren para pacientes suicidas y deprimidos porque son muchos menos tóxicos y es menos probable que causen la muerte si se ingieren en grandes cantidades. Los ISRS deben iniciarse a dosis bajas y aumentarse gradualmente porque sus efectos secundarios incluyen inquietud, ansiedad, disminución de la energía, y todos estos factores pueden conducir a aumentar el riesgo inicial de suicidio. Todos los antidepresivos se asocian con mayor riesgo de suicidio durante el primer mes de tratamiento, ya que quizá el paciente cuente con más energía antes de que sus ideas suicidas disminuyan.

## ACCIDENTES

Los médicos deben preocuparse con respecto a los accidentes por diversos motivos. En primer lugar, éstos son sumamente frecuentes y dan lugar a más de 90 000 muertes en Estados Unidos al año. En algunos casos, se demuestra que el accidente en realidad constituía un intento de suicidio. Quizá los pacientes intenten suicidarse de manera que parezca accidental para proteger emocional o financieramente a los miembros de su familia (p. ej., evitando circunstancias que puedan anular sus pólizas de seguro). Otros accidentes no son intentos declarados de suicidio pero parecen ser determinados por las tensiones, cuando menos en parte. El término **psicológicamente predeterminado** se emplea para descubrir sucesos que parecen fuerte-

mente relacionados con variables psicosociales, de las cuales el paciente puede o no estar consciente. Por lo tanto, se tiene la sospecha de que quizá algunos pacientes provoquen cierto tipo de accidentes de manera inconsciente.

Las causas psicológicas desempeñan un papel en las personas **expuestas a los accidentes.** Mientras que algunos individuos quizá simplemente tengan poca suerte, desde hace tiempo se ha observado que un número relativamente bajo de personas suele participar en una proporción bastante alta de accidentes industriales y en vehículos de motor. Los estudios indican que este grupo de personas no es constante sino que se modifica con el transcurso del tiempo según el aumento o la disminución de tensiones psicosociales, lo cual conduce al concepto de **personas temporalmente expuestas a los accidentes.** La psicopatología es frecuente entre estos individuos e incluye depresión, uso de sustancias, masoquismo, impulsividad, agresividad y características de personalidad dependiente y paranoica.

Algunas personas que experimentan accidentes de manera repetida tienen antecedentes personales significativos por lo que respecta a la muerte temprana de alguno de sus padres. Los accidentes suelen ocurrir cuando las personas están cansadas, han experimentado recientemente algún acontecimiento que les provoque inquietud emotiva (como la ruptura de alguna relación, la pérdida del empleo o recibir un ascenso en el trabajo), en especial en ausencia de apoyo social adecuado. Por lo tanto, quizá los médicos desempeñen cierto papel en prevenir y evaluar los accidentes advirtiendo a los pacientes en riesgo para que sean más cautelosos mientras manejan y en el trabajo y valorando con cuidado a las víctimas de accidentes para detectar trastornos psiquiátricos y posibles intenciones de suicidio.

## LAS CONSECUENCIAS DEL SUICIDIO

Los familiares, amigos y médicos pueden resultar afectados de manera adversa por los actos de suicidio. Quienes sobreviven al paciente suelen experimentar intensos sentimientos de dolor, tristeza, ansiedad y culpa. Es probable que piensen de manera repetida en sus últimos contactos con el paciente e imaginen lo que pudieron haber hecho para evitar su muerte. En ocasiones sentirán ira hacia el paciente o hacia el médico que lo trató. Como ocurre en ciertos tipos de trastorno de tensión postraumática (TTPT), los individuos experimentan pensamientos e imágenes intrusivas mientras están despiertos o tienen pesadillas mientras duermen.

Las familias que muestran fuerte tendencia al suicidio o los médicos que trabajan con poblaciones de alto riesgo (p. ej., personas que padecen dolor crónico, abuso de alcohol o de sustancias, SIDA o cáncer) quizá tengan que tratar con múltiples intentos de suicidio al año. Por ejemplo, hace varios años se publicó que tres medicamentos prometedores contra el SIDA se había comprobado que no eran eficaces. Teniendo en cuenta estas noticias se produjo una ola de suicidios entre personas HIV positivos.

Los miembros de la familia (o los médicos) que resultan emocionalmente afectados por el suicidio de algún paciente, necesitan la posibilidad de discutir lo sucedido y sus reacciones con otras personas. Los recursos incluyen terapia familiar o referencia a profesionales de salud mental u oficinas locales de ciertas organizaciones como la *National Alliance for the Mentally Ill* (Alianza Nacional para Personas con Enfermedades Mentales), una organización no política iniciada por miembros de las familias de pacientes con trastorno psiquiátrico.

Aunque la valoración competente y sistemáticamente de los pacientes suicidas y su tratamiento reduce el riesgo de suicidio, algunas personas intentarán suicidarse y otros lograrán poner fin a su vida. Los médicos deben evitar actitudes fatalistas, pero también reconocer que no es posible evitar el suicidio en todos los casos. Ocasionalmente, el paciente que intenta suicidarse experimenta alguna catarsis que modifica su vida tras el intento; sin embargo, esto constituye la excepción más que la regla.

Cierto hombre que había estado deprimido por seis meses decidió poner fin a su vida saltando de un puente. Inmediatamente después de soltar el barandal se dio cuenta de que había cometido un error y desesperadamente deseó vivir. Dirigió sus pies hacia abajo y de manera deliberada entró al agua en la forma más limpia posible, con brazos y piernas rectos. Sobrevivió a la caída y quedó atontado en el agua, pero sin lesiones graves. No había botes visibles para rescatarlo de modo que nadó a la playa y marcó el 911 (número telefónico de urgencias). Fue llevado a la sala de urgencias y se le dio tratamiento para hipotermia.

En una cita posterior con un psiquiatra, el paciente exploró el sentimiento de que la vida era algo sagrado. Efectuó cambios importantes en su vida social y profesional y comenzó a trabajar de voluntario en un servicio para prevención de suicidios. En la cita de seguimiento un año después, aún conservaba esta perspectiva y habló del "regalo de la vida" que le había sido "concedido de manera accidental".

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las ideas o el comportamiento suicida de los pacientes evocan sentimientos sumamente fuertes en los proveedores de cuidados para la salud. En ocasiones dichos sentimientos reflejan los sentimientos de ambivalencia, odio personal o desesperación del propio paciente. Los médicos son entrenados para mantener la objetividad, aun ante enfermedades graves, pero quizá tengan dificultades al trabajar con personas que manifiestan comportamiento que se encuentra fuera de control o es irracional. Este comportamiento puede amenazar el ideal irracional del médico de mantener el control de los pacientes y de los resultados. La ansiedad, el temor y la inquietud que se asocian con aspectos existenciales importantes y no resueltos por lo que respecta a la muerte, pueden dar lugar a sentimientos y comportamiento similar en los médicos. Otros sentimientos poderosos incluyen todo el espectro que abarca desde el desinterés (p. ej., falta total de empatía hacia el sujeto) hasta disgusto o enojo sádico. Dichos sentimientos interfieren no solamente con el tratamiento sino también con la detección de ideas suicidas.

Un estudiante de medicina de segundo año, muy inteligente, empático y consciente, fue asignado para entrevistar a un paciente frente a un grupo de otros estudiantes. Inició la entrevista con la paciente, una mujer de aproximadamente 25 años que tenía yeso en todo el cuerpo, preguntándole "¿Cómo le ocurrió esto?"

La mujer le respondió, "Cuando estaba en una fiesta me caí de una ventana". Después sonrió extrañamente y dijo, "Bueno, en realidad salté por la ventana".

El estudiante se intranquilizó y le preguntó de manera titubeante, "Hm, muy bien, vamos a dar ... ¿en dónde nació?" Dedicó la siguiente hora a tomar antecedentes sumamente amplios, pero fue notable que terminaban abruptamente una semana antes del ingreso de la paciente al hospital. Terminó preguntando a sus compañeros si tenían alguna pregunta para la paciente.

Uno de ellos replicó que sí. "¿Dijo usted que había saltado por la ventana?"

El estudiante se sintió molesto y apenado de no haber tocado el tema que debió haber constituido la parte central de la entrevista. El hecho de que la persona tuviera yeso en todo el cuerpo constituía un recordatorio físico del hecho y recordó que en varios momentos pensó "Tengo que preguntarle si realizó un intento de suicidio", pero estos pensamientos fueron transitorios y durante la mayor parte de la entrevista se olvidó de este tema casi en su totalidad.

El incidente constituyó el tema principal de una emocionante discusión tras la entrevista, durante la cual los estudiantes hablaron de la manera en que la incomodidad y la negación del entrevistador provocan un sesgo importante en la información que se recaba durante cualquier entrevista médica.

**Discusión.** Este caso tiene una posdata interesante. El mismo estudiante solicitó una consulta psiquiátrica un año después para un paciente de su servicio médico. El estudiante fue la única persona de su equipo en preguntar y explorar el tema de ideas suicidas con un paciente HIV positivo.

El estudiante valoró la manera de adaptarse del enfermo, el grado de depresión y el potencial de comportamiento autodestructivo de manera tan completa que la consulta psiquiátrica fue casi redundante. Es probable que la sensibilidad del estudiante y sus destrezas hayan salvado la vida del paciente. El estudiante observó "Siempre efectúo la detección de depresión y pensamientos suicidas en mis pacientes. Mi experiencia con esa paciente del año pasado me enseñó ¡qué fácil es olvidar algo tan importante!"

Es inevitable que surjan reacciones emotivas ante los pacientes. Cuando la contratransferencia se comprende de manera correcta y se canaliza, constituye un método poderoso para comprender las experiencias emotivas de los pacientes. Cuando no se tienen en cuenta estas fuertes reacciones hacia los pacientes, los médicos intentan mantener un control inadecuado, asumen una actitud pasiva o fatalista o distante.

Tras llevar a cabo diversas consultas difíciles con pacientes suicidas, un psiquiatra y un residente de psiquiatría fueron llamados para evaluar a una persona del servicio clínico que tenía antecedentes de diversas sobredosis de medicamentos. El comportamiento del paciente transmitía de manera clara que se encontraba fuera de control y que tenía alto riesgo de comportamiento suicida. Sin embargo, el paciente insistió en ser dado de alta y el personal estaba cansado de su comportamiento manipulador y sus estallidos.

El psiquiatra y el residente se dieron cuenta de las dificultades que planteaba el ingreso de un paciente que provocaba alteraciones, padecía trastorno de personalidad *borderline* y consideraron en forma seria enviarlo a casa y darle tratamiento como externo. Ambos comentaron

sobre las pocas probabilidades positivas de su pronóstico a largo plazo. Sólo al discutir el caso en las rondas se dieron cuenta de que habían pensado más en el personal del hospital que en el paciente.

Una discusión subsecuente generó diversas intervenciones que no se habían considerado, por lo cual decidieron transferir al paciente a la unidad psiquiátrica como interno, para proporcionarle cuidados más amplios.

Un estudiante de medicina dio seguimiento a cierto paciente con dolor de espalda crónico y depresión de la clínica comunitaria durante su tercero y cuarto años en la escuela de medicina. Dicho paciente cometió suicidio realizando un acto cuidadosamente premeditado y sin revelar nada a nadie. El estudiante se sintió muy alterando cuando se enteró de que el paciente había muerto, en particular porque nunca le formuló preguntas directas sobre posibles ideas suicidas.

El estudiante comenzó a preguntarle a todos sus pacientes si habían tenido pensamientos suicidas. Solicitó el servicio de consulta psiquiátrica varias veces en una misma semana para hospitalizar involuntariamente a seis de sus pacientes, pues se preocupó por considerar que corrían alto riesgo de autolesionarse. En cada caso, el paciente admitió haber tenido pensamientos ocasionales sobre suicidio. El estudiante experimentaba ansiedad por todos los pacientes que albergaban pensamientos autodestructivos. En cierta ocasión discutió sus temores sobre trabajar con pacientes suicidas y su sentimiento de culpa de no haber estado consciente de las intenciones de suicidarse de aquel primer paciente. Así se dio cuenta de que estaba reaccionando de manera excesiva (con la mejor de las intenciones) ante el riesgo real de suicidio de sus pacientes.

En ocasiones las emociones que se experimentan como contratransferencia se acumulan a consecuencia de encuentros clínicos repetidos, lo que deja al médico frustrado e iracundo. En estos casos, los pacientes suicidas sirven como "pararrayos", es decir, catalizan la liberación de estos sentimientos potencialmente peligrosos. Los médicos que sufren de "agotamiento" o depresión se encuentran particularmente expuestos a reacciones de este tipo. El mayor peligro se debe a la contratransferencia que da lugar a acciones porque el propio médico está inconsciente de sus sentimientos hacia el paciente. Si el médico transfiere desinterés, temor o desprecio a un paciente que ha intentado suicidarse, es muy probable que este último no cumpla con el tratamiento y quizá corra mayor riesgo de intentar suicidarse de nuevo.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La mayoría de los aspectos éticos por lo que respecta al tratamiento de un paciente con ideas suicidas se refieren al derecho del médico para ordenar la hospitalización involuntaria con el fin de evitar que cometa el suicidio. Algunos terapeutas y filósofos mantienen que se debe permitir que las personas se comporten del modo que deseen, siempre y cuando no dañen a otros. Sin embargo, esto constituye una opinión minoritaria. En su mayoría los clínicos y legisladores concuerdan en que, en caso necesario, los pacientes suicidas deben ser detenidos y tratados aun en contra de su voluntad. Esta opinión se apoya en que los pacientes suicidas a menudo experimentan ambivalencia, tienen el deseo de ser rescatados y quizá estén actuando de manera impulsiva o a consecuencia de algún episodio depresivo o psicótico de tipo transitorio.

En la mayoría de los estados de la unión americana, cuando el paciente necesita ser ingresado a una unidad psiquiátrica en contra de su voluntad, la policía o los profesionales de salud mental pueden someterlo a restricción psiquiátrica de 72 horas. El paciente puede ser retenido por riesgo para sí mismo, para otros o por grave incapacidad (incapacidad para obtener alimentos, ropa o abrigo) a consecuencia de alguna afección mental. Un profesional de salud mental puede dar de alta al paciente si considera que ha mejorado lo suficiente, pero el propio paciente no puede oponerse legalmente a la retención. Dicha retención puede extenderse varias semanas. Posteriormente el paciente, representado por algún defensor público, tiene el derecho legal a una audiencia en el transcurso de algunos días.

En California, por ejemplo, las restricciones psiquiátricas garantizan que el paciente sea hospitalizado y evaluado en contra de su voluntad. No se puede forzar a los pacientes a tomar medicamentos ni colocarles restricciones en contra de su voluntad, a menos que planteen un riesgo inminente para el personal o para sí mismos. Si el psiquiatra considera que el paciente se beneficiará con medicamentos psicotrópicos y éste se niega a aceptarlos, es necesario que se lleve a cabo una audiencia adicional para determinar la capacidad del paciente para dar consentimiento informado y negarse a recibir medicamentos.

Los pacientes con enfermedades terminales que tienen pensamientos y comportamientos suicidas constituyen un dilema legal y ético de tipo complejo para los médicos. Los suicidios con ayuda del médico (eutanasia), como el Dr. Jack Kevorkian, que han recibido tanta publicidad han originado (o quizá revelado) algunas áreas de intenso conflicto en la profesión médica y la sociedad. Existe fuerte desacuerdo con respecto a si es moralmente "correcto" permitir que los

pacientes elijan en qué momento desean dar por terminado su sufrimiento y si es o no ético que el médico los ayude.

Por ejemplo, ¿qué puede decirse con respecto a un paciente con enfermedad terminal que solicita dosis cada vez mayores de medicamentos contra el dolor cuando paciente y médico se dan cuenta de que aumentar la dosis del medicamento probablemente le provoque la muerte? En 1997 la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos reconoció con respecto al suicidio con ayuda médica que los medicamentos opiáceos ejercían un efecto inadvertido "de tipo doble" pues no sólo controlaban el dolor sino también aceleraban la muerte de las personas con enfermedades terminales. La corte estableció la diferencia entre el uso del medicamento que aceleraba la muerte del paciente como efecto secundario para lograr controlar el dolor y el uso del medicamento únicamente con el objeto de poner fin a la vida del paciente. Los éticos también establecen una diferencia entre la orientación de los médicos a los pacientes suicidas con enfermedades terminales, proporcionándoles información sobre cómo poner fin a sus vidas contra la prescripción real de dichos medicamentos. En el modelo de suicidio con ayuda del médico de tipo más activo (que actualmente sólo se practica en Holanda) los médicos pueden estar presentes cuando los pacientes toman sobredosis intencionales de medicamentos prescritos.

¿Cuáles son los argumentos éticos en pro y en contra del suicidio con ayuda del médico? Quienes están a favor del mismo mantienen que los médicos deben actuar para aliviar el dolor y el sufrimiento y no deben abandonar estos principios dejando de ayudar a los pacientes en el proceso de morir. Alegan que la tecnología moderna ha dado como resultado que la "muerte natural" sea algo anacrónico y señalan que la mayoría de los estadounidenses sometidos a encuestas está a favor del suicidio con ayuda de algún tipo. Algo notable es que el propio Sigmund Freud haya arreglado que su médico familiar le administrara una sobredosis de morfina cuando el cáncer de cara y cuello le resultó demasiado doloroso y debilitante.

No obstante, también existen argumentos importantes en contra del suicidio. Quienes se oponen al suicidio con ayuda observan que muchos pacientes con enfermedades terminales experimentan el deseo de morir, pero sólo de manera transitoria. Quienes presentan pensamientos suicidas *de* tipo más continuo a menudo están deprimidos y sufren dolor físico y significativo, pero ambas afecciones se consideran como tratables con antidepresivos y medicamentos contra el dolor, técnicas de relajación y psicoterapia. Consideran que el suicidio permitido por el médico o con ayuda de él viola el principio de "causar el menor daño posible" y modifica de manera definitiva el contrato social de la medicina occidental sobre el cual se ha basado la relación entre el paciente y el médico por más de 2 000 años. El resultado podía ser una "pendiente resbalosa", según la cual se podría considerar que las personas con enfermedades terminales, enfermedades crónicas o de edad avanzada agotan los recursos para cuidados de salud y por lo tanto los médicos y sus familiares pueden considerarlas como algo "desechable". ¿Qué efecto tendría sobre nuestra sociedad la degradación del valor de la vida humana de este modo?

La Suprema Corte recomendó que cada estado de la nación efectuara un debate sobre la eutanasia. Tanto la sociedad como la profesión médica experimentan sentimientos ambivalentes sobre estos aspectos y no han llegado a una decisión al respecto; es probable que los pacientes reciban diversas respuestas a sus solicitudes, según el médico a cargo del caso, y teniendo en cuenta las normas éticas de equidad y justicia. Por ejemplo, en una encuesta realizada en 1997, la mitad de los médicos que trabajan con pacientes HIV positivos en San Francisco reconoció que habían prescrito medicamentos a sus pacientes que sabían que serían usados para cometer suicidio. En la actualidad, Oregon es el único estado en donde el suicidio con ayuda no es ilegal, por lo cual está sirviendo "como caso de prueba" al respecto. Pero es evidente que no todos los pacientes con enfermedades terminales viven en áreas donde cuentan con acceso a médicos que estén a favor de ayudarles a poner fin a su vida. Lo único cierto al respecto es que es muy probable que este difícil debate continúe en los siguientes años en los círculos médicos, legales, filosóficos y políticos.

## CONCLUSION

Muchos médicos y practicantes probablemente consideren que los pensamientos y comportamientos suicidas son fenómenos que pertenecen de manera evidente al dominio de los profesionales de salud mental. Sin embargo, los médicos de cuidados primarios y otros médicos no psiquiátricos sin duda darán tratamiento a pacientes que presenten ideas o comportamiento suicida. La modificación del papel de la prevención en el programa de administración de cuidados sin duda implicará que los proveedores de salud de cuidados primarios tendrán una responsabilidad creciente en el control de pacientes suicidas. De este modo, aunque se disponga de consultas psiquiátricas y referencia, todos los médicos deben estar familiarizados con los principios fundamentales para valorar y controlar a los pacientes suicidas.

Desafortunadamente, aunque la mayoría de los pacientes están dispuestos a discutir sus pensamientos

suicidas, las tasas actuales de detección por parte de los médicos, son bastante bajas. Los principios importantes de cuidados clínicos incluyen preguntas de detección con respecto a ideas suicidas, la relación entre las enfermedades mentales y las ideas suicidas y los beneficios y los riesgos potenciales de los medicamentos psicotrópicos y la toma de decisiones de prueba para determinar la necesidad de hospitalización para tratamiento como interno contra el control como paciente externo.

Continúan efectuándose progresos en la investigación de las causas biológicas,-psicológicas y sociales del suicidio. Aunque es probable que se produzcan avances en la causas y tratamiento del proceso de suicidio, los médicos parecen destinados a continuar batallando con sus propias respuestas emotivas ante los pacientes que presentan pensamientos de comportamiento suicidas y ante la difícil cuestión de la ética del suicidio con ayuda del médico en pacientes con enfermedades terminales.

## REFERENCIAS

Abell J: *Information Resources and Inquiries Branch,* OSI, Bethesda, MD, National Institute of Mental Health, NIH, 1996.

American Association of Suicidology: http://www.cyber.psych.org/aas.htm

Appleby L et al: General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. Br J Psychiatr 1996; 168:330.

Braun JV et al: Failure to thrive in older persons: a concept derived. Gerontologist 1988;28:809.

Brent DA et al: Alcohol, firearms, and suicide among youth. J Am Med Assoc 1987:257:3369.

Cole TR et al: Risk of suicide among persons with AIDS. J Am Med Assoc 1992:268:2066.

Elliot AJ et al: A profile of medically serious suicide attempts. J Clin Psychiatr 1996;57:567.

Garrison CZ et al: Suicidal behavior in young adolescents. Am J Epidemiol 1991; 133:1005.

Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders: a meta-analysis. Br J Psychiatr 1997; 170:205.

Klerman GL: Clinical epidemiology of suicide. J Clin Psychiatr 1987; 48(Suppl.):33.

Manton KG, Blazer DG, Woodbury MA: Suicide in middle age and later life: sex and race specific life table and cohort analyses. J Gerontol 1987:42:219.

Marcus E: *Why Suicide?* Harper San Francisco, 1996.

Medical Examiner's Office, City and County of San Francisco: Annual Report, 7/1/92-6/30/93.

Mocicki EK et al: Suicide attempts in the Epidemiologic Catchment Área Study. Yale J Biol Med 1988:61:259.

Offson M et al: Suicidal ideation in primary care. J Gen Int Med 1996:11:447.

Sarkisian CA, Lachs MS: "Failure to thrive" in older adults. Ann Int Med 1996; 124( 12): 1072.

Shaffer D: The epidemiology of teen suicide: an examination of risk factors. J Clin Psychiatr 1988;49(9)(Suppl.): 36.

Shneidman E: *Suicide as Psychache.* Aronson, 1993.

Sorenson SB: Suicide among the elderly: issues facing public health. Am J Public Health 1991; 81:1109.

Vassilas CA, Morgan HG: General practitioners' contact with victims of suicide. Br Med J 1993;307:300.

# 15 Aspectos psiquiátricos de las enfermedades médicas

*David Elkin, MD*

El estudio de las reacciones psicológicas ante las enfermedades médicas y los síndromes psiquiátricos que se encuentran entre las personas con enfermedades médicas ha sido el tema de intensas investigaciones en las últimas décadas. Los estudiantes y los médicos deben estar familiarizados con diversos aspectos importantes de esta área incluyendo la perspectiva psicológica de transformarse en paciente y las etapas comunes de adaptación a la enfermedad física: ansiedad, negación y depresión. Aunque quizá estas fases constituyan pasos normales para la adaptación a largo plazo, también es posible que se desarrollen estados patológicos en personas vulnerables. Otros aspectos importantes para los médicos incluyen el reto de trabajar con pacientes a punto de morir, los aspectos existenciales que afrontan los pacientes con enfermedades que ponen en peligro la vida, y los diversos aspectos psiquiátricos de enfermedades médicas específicas como cáncer, enfermedades cardiacas, enfermedades respiratorias y dolor crónico. Además los médicos deben estar conscientes de sus propias reacciones emotivas ante los pacientes cuyas enfermedades médicas se afectan por factores psicológicos y deben tener en cuenta los aspectos éticos y legales que pueden surgir al darles tratamiento.

## ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL PAPEL DEL ENFERMO

### MECANISMOS DE DEFENSA CONTRA LA TENSION

Parte de lo que determina la adaptación del individuo a la enfermedad es el patrón de mecanismos de defensa que éste utiliza para defenderse de las tensiones. Los pacientes de "funcionamiento alto" suelen recurrir a estilos de adaptación de tipo más maduro, concediendo atención al humor, a la capacidad de retrasar la gratificación y al altruismo (p. ej., "no puedo permitirme estar asustado cuando mi familia cuenta con que yo sea fuerte"). Los mecanismos menos saludables incluyen negación, ira, autoculpa. Estos estilos pueden ocasionar que los pacientes estén más abrumados y expuestos a retirarse de sus contactos sociales y aislarse. Otras personas suelen sentirse más abrumadas y emocionalmente atónitas, desean "llamar la atención" y olvidan tomar sus medicamentos. La ansiedad y la depresión indican que estos mecanismos de defensa no logran controlar la tensión que el paciente experimenta. El nivel de tensión del paciente también depende de su experiencia previa o de la exposición de su familia a enfermedades graves. Los estilos de adaptación se caracterizan también según la dicotomía entre quienes utilizan mecanismos **internos de adaptación,** que suelen efectuar adaptaciones emotivas ante las tensiones de la vida, y quienes efectúan **mecanismos externos de adaptación,** y tienen más probabilidades de intentar modificar las circunstancias del mundo que los rodea.

La mayoría de los individuos experimenta **regresión** cuando afronta alguna enfermedad que pone en peligro su vida, es decir, recurre a mecanismos de defensa más primitivos y a menudo infantiles cuando está enferma. De este modo, algunas personas que suelen funcionar bien, quizá repentinamente cumplan con los criterios de algún trastorno de personalidad, pero recuperen su nivel de funcionamiento previo cuando la tensión pasa o cuando logran efectuar una adaptación a más largo plazo. A menudo las relaciones del paciente con otras personas también se modifican. Los pacientes que experimentan regresión suelen presentar mayores niveles de dependencia, paranoia y otros comportamientos aberrantes hacia los miembros de la familia y sus médicos.

### PAPEL DEL ENFERMO

El sociólogo Talcott Parsons propuso el término **papel de enfermo** para definir los atributos sociales especiales que se conceden a las personas enfermas.

La reducción de la tensión interpersonal que se produce por el cambio de las relaciones del paciente con sus familiares, amigos, colaboradores y el personal médico que se asocian con el papel de enfermos se conocen colectivamente como ganancia secundaria e incluyen regresión, mayor dependencia de otras personas y alivio temporal de responsabilidades personales y profesionales.

Otras tareas que el paciente afronta incluyen adaptarse a circunstancias novedosas, aun al dolor e incomodidad, además del entorno hospitalario; asignar un sentido de significado a los síntomas y al sufrimiento, y tomar decisiones difíciles. Estos cambios quizá se reflejen también en la modificación de roles en las familias, por ejemplo, que los hijos asuman más responsabilidades de adultos cuando uno de los padres se enferma.

## EFECTOS DE LA ADAPTACION A LA ENFERMEDAD SOBRE LA PERSONALIDAD

La personalidad es una de las variables importantes que determina el patrón de respuestas que el individuo emplea para adaptarse a la tensión. Los rasgos y estilos de la personalidad son características esenciales de cada individuo. El estilo del paciente a menudo se acentúa como resultado de la tensión inducida por la enfermedad y afecta su capacidad para efectuar las decisiones necesarias y para procesar información. De este modo, los pacientes más obsesivos quizá se ensimismen en detalles específicos menores relacionados con su enfermedad y pasen por alto el cuadro total. En contraste, los pacientes histriónicos probablemente se sientan abrumados emotivamente por la información y no puedan sopesar los hechos específicos para tomar decisiones médicas importantes. Los médicos pueden ayudar a los pacientes a la toma de decisiones, ayudándolos a mantener su enfermedad y sus emociones en perspectiva. Si el médico logra comprender de qué manera los estilos de personalidad afectan al comportamiento de adaptación logrará dar una orientación más eficaz a sus pacientes.

Como los rasgos de la personalidad también determinan las relaciones interpersonales y pueden intensificarse en casos de tensión, es probable que dichos rasgos emerjan al tratar con los profesionales al cuidado de la salud. Un paciente ansioso quizá dependa de manera excesiva de su médico. El paciente que tiende al temor y la paranoia probablemente no confíe en los profesionales de salud y exprese ira con respecto apeligras "imaginarios" a causa de la supuesta incompetencia médica.

Se solicitó una consulta psiquiátrica para Helena A, una paciente de 45 años con insuficiencia renal. Durante la segunda hemodiálisis de la Sra. A se observó que estaba usando un cronómetro, colocado sobre la mesa de tratamiento. Al terminar el tratamiento ella gritó, "me van a matar por exposición a químicos peligrosos". La Sra. A tomó el tiempo de duración del tratamiento y estaba convencida de que el técnico de diálisis le había suministrado cinco minutos adicionales. No se consoló cuando los técnicos y médicos le aseguraron de manera repetida que todo el equipo se revisaba cotidianamente. "Por supuesto, ustedes se protegen unos a otros", dijo.

La Sra. A había crecido en China y tenía nueve años de edad cuando su madre la envió a vivir con su padre en un pequeño pueblo en la frontera entre México y Estados Unidos. Ella luchó por aprender inglés y ser aceptada como miembro único de su grupo étnico en ese pueblo. Adquirió una actitud sumamente reservada, independiente y suspicaz y carecía de amistades cercanas o relaciones personales, inclusive con su padre. Su paranoia por lo que respecta al tratamiento de diálisis constituía una exageración de las características básicas de su personalidad.

El psiquiatra sugirió que se proporcionara información adicional a la Sra. A sobre los tratamientos propuestos y que se le permitiera participar en todo lo posible en sus cuidados, inclusive permitiéndole decir en qué momento iniciar, y en que momento detener el proceso para que concordara con su registro del tiempo. Se pidió al personal médico que considerara el comportamiento de la Sra. A como una señal de sufrimiento emotivo, más que como una afrenta personal. Ella continuó con actitud suspicaz, pero terminó su tratamiento de hemodiálisis.

**Diagnóstico.** Trastorno de personalidad paranoica o rasgos (eje II); insuficiencia renal crónica (eje III).

## ETAPAS PSICOLOGICAS DE ADAPTACION A LA ENFERMEDAD MEDICA

### ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad que ocurren con frecuencia en pacientes con enfermedades médicas incluyen trastornos de adaptación, de pánico, de ansiedad generalizada y de tensión postraumática. En muchos aspectos, los pacientes reaccionan ante la noticia de una enfermedad que pone en peligro su vida de manera similar a las personas con trastorno de tensión aguda (véase el cap. 8). Estos pacientes a menudo se encuen-

tran en estado de choque y experimentan fenómenos disociativos y otros síntomas que se observan con frecuencia en quienes sobreviven a accidentes en vehículos motorizados, desastres y criminalidad. Aunque algunos estados de ansiedad son etapas de adaptación transitoria, otros síntomas persisten varias semanas, meses o años. Los médicos deben tener en cuenta la experiencia subjetiva intensa de la ansiedad y sus efectos sobre el procesamiento de información en pacientes con enfermedades médicas.

Silvia V, una mujer de 34 años, recibió la noticia por parte de su médico familiar de que sus síntomas recientes de mareo, entumecimiento de la mano derecha y pérdida temporal de la visión del ojo izquierdo probablemente eran ocasionados por esclerosis múltiple (EM). Este diagnóstico tentativo se basó en sus síntomas, en antecedentes familiares de la enfermedad y en un examen neurológico que demostró deficiencias residuales. El médico continuó explicándole el plan de efectuar una punción lumbar y una imagen de resonancia magnética (IRM) para confirmar el diagnóstico. Además, incluyó abundantes detalles sobre el mecanismo celular de la EM, las opciones de tratamiento y la posibilidad de menor margen de vida y mayor vulnerabilidad física. La Sra. V dijo posteriormente, "me fui a casa totalmente azorada. No me podía concentrar y me sentía entumecida. Ni siquiera recuerdo lo que el médico me dijo, porque me 'desconecté' casi totalmente".

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión aguda (eje I); probable esclerosis múltiple (eje III).

Esta experiencia común puede constituir una guía para los médicos que tengan que comunicar malas noticias a sus pacientes. Estos a menudo se sienten abrumados, por lo que el médico debe ajustar la cantidad y naturaleza de información que les suministra adaptándolas al estilo emotivo particular de cada paciente. Los médicos suelen reaccionar ante la ansiedad del paciente sobrecargándolo con información excesiva sobre el diagnóstico y tratamiento en su primera cita. El médico necesita dedicar mucha atención al nivel de adaptación del paciente al preguntarle cómo se siente emotivamente, asegurarse de que tenga miembros de la familia o amigos que le proporcionen apoyo y darle un breve resumen de la información médica antes de discutir la cita de seguimiento para revisar los planes en detalle.

Quizá los pacientes se quejen de síntomas crónicos de angustia a nivel bajo que cumpla con los criterios de trastornos de adaptación. Otras personas presentan episodios agudos de ansiedad que son idénticos a los ataques de pánico desde el punto de vista clínico. Estas afecciones se tratan de manera similar al del trastorno de pánico empleando medicamentos junto con psicoterapia cognoscitiva y de comportamiento u orientada hacia la compresión. Si estas afecciones se dejan sin tratar, pueden complicarse por depresión o uso de sustancias. Antes de iniciar el tratamiento, el médico debe excluir las posibles causas clínicas de trastorno de ansiedad, como medicamentos, embolia pulmonar, anormalidades de electrólitos, o uso de sustancias. Los trastornos de ansiedad a largo plazo también son consecuencia de enfermedades o del tratamiento médico, inclusive después de que pasa la amenaza aguda de muerte o desfiguración. Estudios recientes revelan una elevada tasa de síntomas congruentes con trastorno de tensión postraumática, tras el diagnóstico y el tratamiento (en particular los procedimientos penetrantes) de enfermedades graves. Los síntomas incluyen ansiedad, mayor vigilancia ante los peligros y pensamientos o imágenes obsesivas en el estado de alerta (recuerdos retrospectivos) o durante el sueño (pesadillas). También se han reportado cambios de imagen corporal.

Tras desarrollar dolor grave en el hombro, Roberto M, de 33 años, se sometió a una investigación completa incluyendo una IRM. Comenzó a experimentar claustrofobia tras pasar tan sólo 10 minutos en el aparato de tomografía, pero sus llamadas de auxilio no fueron escuchadas por el ruido en la sala de controles y por lo tanto no recibió ayuda. Finalmente fue liberado 10 minutos después cuando escucharon que solicitaba ayuda. Le indicaron que regresara al día siguiente para terminar la tomografía, pero no pudo hacerlo por ansiedad extrema.

Tres meses después fue referido a una consulta psiquiátrica por quejas de insomnio grave. Manifestó que despertaba "todas las noches" con pesadillas sobre estar encerrado en un ataúd y que tenía muchos recuerdos visuales intrusivos del trauma durante el día. Agregó "siempre tuve temor a los ataúdes, en particular después que mis padres me hicieron mirar a mi abuelo en su ataúd abierto cuando tenía cinco años". El tratamiento consistió en dosis bajas de un ISRS (inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina) y en terapia cognoscitiva y de comportamiento, con buenos resultados.

**Diagnóstico.** Trastorno de tensión postraumática (eje I).

## NEGACION

Cuando pasa la fase inicial de estado de choque e incredulidad, los pacientes con enfermedades médicas graves a menudo entran en un periodo que se caracte-

riza por episodios de negación leve. Los pacientes con frecuencia observan que temporalmente "olvidan" que padecen una enfermedad que pone en peligro su vida, en particular cuando no hay recordatorios físicos evidentes del trastorno. La negación parece constituir una fase natural del proceso de adaptación a la enfermedad. Se ha efectuado una analogía entre la negación y el iris del ojo humano, que automáticamente se contrae frente a la luz brillante y posteriormente se abre conforme se va acomodando. De manera muy similar, la negación parece ayudar al sujeto evitando el impacto psicológico total de la enfermedad, y dándole tiempo a ajustarse y reunir fuerzas para adaptarse a plazo más prolongado. La negación suele disminuir con el transcurso del tiempo y generalmente no es tan completa como para bloquear la conciencia de alguna enfermedad grave. Es posible asegurar a los pacientes que esta fase es totalmente normal.

La negación plantea problemas en ciertas circunstancias, incluyendo situaciones en que el paciente evita cualquier cosa que le recuerde su padecimiento, lo que afecta su capacidad para cumplir con sus citas médicas o tomar medicamentos. Esto es particularmente cierto en enfermedades de tipo "silencioso" como la hipertensión, en donde se estima que las tasas de apego al tratamiento son de tan sólo 20 a 30%. Otros estudios han documentado retraso en solicitar tratamiento entre pacientes cardiacos que niegan o minimizan el dolor torácico relacionado con su enfermedad.

En casos poco usuales, la negación alcanza grados tan extremos que los esfuerzos del paciente por negar o distorsionar la información tienen apariencia de delirios al observador externo. Esto ocurre con mayor frecuencia en pacientes que usan sustancias a dosis fuertes o en quienes padecen trastornos de la personalidad y están expuestos a psicosis o delirios.

Carina F, una señorita de 38 años, ingresó a la unidad de cuidados intensivos, tras presentarse a la sala de urgencias para tratamiento de "tos". La Srita. F se negaba a permitir que el médico de guardia colocara el estetoscopio sobre su pecho. Posteriormente consintió en ello y el médico quedó asombrado ante la enorme masa visible que había erosionado parcialmente la mitad derecha de su pared torácica anterior. Ella no quiso responder a preguntas con respecto a la masa y se puso visiblemente agitada y ansiosa. De manera sabia, el médico decidió formularle otro tipo de preguntas y le indicó que sería necesario ingresarla al hospital para tratamiento de posible neumonía.

La Srita. F vivía sola en un departamento. Subsistía mediante una pequeña herencia y no trabajaba ni tenía amistades cercanas. Bebía alcohol durante todo el día. En el hospital aceptó tratamiento con antibióticos por la neumonía, pero se negó a discutir acerca de la masa que tenía en la pared torácica. Recibió tratamiento para supresión alcohólica. Sus registros hospitalarios indicaron que siete años antes había permitido con reticencia que se efectuara una biopsia con aguja de una pequeña masa que presentaba en la mama. El examen patológico de la biopsia en esa ocasión indicó que la masa era cancerosa, y se recomendó intervención quirúrgica y quimioterapia, pero la Srita. F se negó a recibir tratamiento.

En esta ocasión, la placa torácica reveló que la masa tenía un tamaño de 18 cm de diámetro, y había infiltrado los pulmones y provocaba neumonía obstructiva. La Srita. F se negó a todos los intentos de evaluar o tratar el cáncer de mama. Fue dada de alta a una casa de asistencia, pero aún no reconocía que padecía cáncer.

**Diagnóstico.** Factores psicológicos de negación de una afección médica general (negación patológica) (eje I).

El caso anterior ilustra diversos puntos adicionales. En primer lugar, un grado extremo de negación puede poner en peligro la capacidad del paciente para comprender su enfermedad y sopesar los riesgos y beneficios de los tratamientos que se le proponen. De este modo la negación reduce la capacidad del paciente para dar consentimiento y, por lo tanto, su competencia legal. Esto se observa con frecuencia en personas que acaban de sufrir un ataque cardiaco y desean ser dados de alta indicando que se sienten "bien". El mejor método para tratar con los pacientes que recurren a la negación es no confrontarlos ni intentarlos hacer comprender el mecanismo que están empleando. La negación es un mecanismo de defensa automático e inconsciente que se basa en represión y disociación y los esfuerzos para limitar su uso suelen producir más ansiedad y pueden provocar el deseo de huir de las personas y de las situaciones que se perciben amenazantes. Los médicos deben dirigirse a los pacientes de manera tan objetiva como sea posible con cuidado de no demostrar ira o frustración. Quizá sea de ayuda preguntar sobre el posible significado de la enfermedad para detectar antecedentes de experiencias infantiles con la enfermedad (en particular con enfermedades catastróficas) que quizá ofrezcan indicios sobre la naturaleza de la capacidad del paciente para adaptarse con el transcurso del tiempo, e indiquen los posibles métodos para ayudarlo. El contacto con pacientes que padecen enfermedades similares, ya sea de manera individual o en grupos de apoyo, le ofrecerán respaldo además de oportunidades educativas, evitando las dificultades que en ocasiones surgen en la interacción con figuras de autoridad como los médicos. Si el

paciente se muestra sumamente ansioso y está dispuesto a tomar benzodiacepinas, estos medicamentos serán de ayuda. Los antipsicóticos son útiles en personas que experimentan alucinaciones, paranoia o delirios (particularmente si los delirios son de breve duración). "Permitir que el tiempo pase" y adoptar una actitud acrítica quizá produzca mejores resultados.

Vilma S, una mujer de 63 años, fue llevada a la sala de urgencias tras haberse desmayado en una tienda departamental. Tenía anemia profunda, al parecer por hemorragia gastrointestinal inferior. El examen físico reveló que la fuente de la hemorragia era una enorme masa rectal, y la biopsia reveló que era de tipo maligno. Cuando se informó a la Sra. S que tenía cáncer rectal y necesitaba terapia con radiaciones explicó, "no es cáncer, lo he padecido desde niña", e insistió en que se sentía mucho mejor y deseaba ser dada de alta.

La hija de la Sra. S reveló al equipo médico que su madre era "excéntrica" y que "era imposible obligarla a hacer nada que ella no estuviera dispuesta a realizar". El equipo médico evitó confrontaciones, pero continuó recomendando el tratamiento. En el tercer día de su estancia hospitalaria, la Sra. S observó "yo tenía un amigo que padecía cáncer". El equipo médico la alentó a ponerse en contacto con el amigo.

El siguiente día, la Sra. S dijo que su amigo le había recomendado que tomara del tratamiento pero que "ella deseaba ir a casa para arreglar algunas cosas". Estuvo de acuerdo en presentarse la semana siguiente para iniciar la terapia con radiaciones. Para sorpresa de algunos miembros del personal médico, la Sra. S sí se presentó la siguiente semana y también acudió a los tratamientos posteriores.

**Diagnóstico.** Trastorno de delirio (eje I); cáncer rectal (eje III).

El médico debe estar alerta ante la presencia de otras perturbaciones psiquiátricas importantes que puedan estar asociadas con formas graves de negación. Cualquier problema de procesamiento de información indica la necesidad de una detección cognoscitiva para determinar si existen problemas de memoria que puedan derivarse de alguna causa médica, como demencia o delirio. El uso de sustancias en general y el uso de alcohol en particular también producen problemas graves de memoria de tipo agudo o crónico. Las pacientes con trastornos de personalidad pueden estar expuestos a emplear la negación para distorsionar la información. Para manejar este tipo de situaciones, el médico debe insistir en su necesidad de efectuar un examen completo y evitar luchas de poder sobre aspectos específicos del tratamiento.

## DEPRESION

La depresión en personas con enfermedades médicas a menudo es poco reconocida y no recibe tratamiento. Muchos clínicos emplean sus propias expectativas subjetivas para predecir la "posible" respuesta de los pacientes ante su enfermedad. Hasta hace poco la depresión en pacientes médicamente enfermos se consideraba adecuada, en particular en personas que afrontaban diagnósticos terminales. Debido a esta generalización tan amplia, muchas personas nunca recibían tratamiento contra la depresión, y quedaban condenados a sufrimiento emocional extremo.

### Incidencia

La incidencia de la depresión es muy variable en las distintas afecciones médicas. La depresión ocurre tanto en afecciones médicas con o sin afectación del sistema nervioso central. En personas con trastornos neurológicos centrales, como enfermedad de Parkinson, demencia de Alzheimer, enfermedad de Huntington y apoplejía, las tasas de depresión son de 30 a 50 %, y pueden ser hasta de 55% en personas que padecen epilepsia. La ubicación de las lesiones en el sistema nervioso central (SNC) se correlaciona con la frecuencia de la depresión; esta correlación ha sido bien documentada en pacientes que han sufrido algún accidente cerebrovascular. En individuos diestros (que utilizan la mano derecha) es probable que los ataques de apoplejía del lado derecho produzcan **descuido** (síndrome neurológico en el cual el paciente no presta atención a deficiencias del funcionamiento físico como parálisis motora) y falta de reacciones emotivas ante deficiencias físicas resultantes como parálisis motora. Los accidentes cerebrovasculares del lado izquierdo (el lado dominante en las personas diestras), en particular cuando ocurren cerca de los lóbulos frontales suelen producir depresión hasta en la mitad de los afectados.

La incidencia de depresión también es más alta en otras afecciones médicas, incluyendo cáncer (un promedio de 25 % con considerable variabilidad que depende del sitio, y desde el 5% en personas con melanoma maligno hasta más de 50% en sujetos con enfermedad metastásica o terminal), diabetes (15 a 20%), enfermedades cardiacas (20%) en los pacientes tras algún ataque o infección por HIV (10 a 20% de las personas seropositivas). Quizá convenga comparar estas tasas con las de otros pacientes médicos externos que tienen tasa de prevalencia de depresión de 10 a 30%, lo cual ya es mucho más alto a los niveles que se observan en la población general.

La considerable variación de tasas de depresión se relaciona con diversos factores, incluyendo la variabilidad de los métodos de estudio, el sitio de la enfermedad, el efecto de la enfermedad sobre las relaciones y el funcionamiento en el trabajo, y la cantidad de afectación física o desfiguración y el pronóstico. Por ejemplo, la depresión en pacientes con cáncer se observa con mayor frecuencia en quienes padecen cáncer pancreático (hasta 55%) y cánceres de cabeza y cuello (40%). Se cree que el cáncer pancreático secreta neuropéptidos que actúan sobre el SNC para producir modificación del apetito y del estado de ánimo, mientras que los cánceres de cara y cuello suelen ser desfigurantes, conllevan un mal pronóstico y ocurren en pacientes que fuman y beben fuertes cantidades.

El empalme de los síntomas de enfermedades médicas (fatiga, insomnio, disminución del apetito) a menudo complica el diagnóstico de depresión. Aunque estos signos neurovegetativos pueden ser interpretados de manera ambigua, otras características subjetivas (desesperación, culpa y pensamientos suicidas) a menudo constituyen marcadores más confiables de la depresión.

## Causas

El origen de la depresión en trastornos médicos aún está en investigación. En particular, en los trastornos del SNC, la depresión puede ser resultado de daños físicos a estructuras del SNC y desequilibrio resultante en los neurotransmisores o al impacto psicológico de procesos físicos de enfermedad, limitaciones físicas y ansiedad con respecto al pronóstico.

Evidentemente la depresión produce sufrimiento emotivo y también afecta en forma considerable la salud física del individuo. La depresión se vincula además con falta de adherencia a los regímenes de tratamiento, estancias hospitalarias más prolongadas y morbilidad y mortalidad significativamente más altas. Por ejemplo, en estudios de pacientes con enfermedades cardiacas, las personas deprimidas tuvieron 4.5 veces más probabilidades de presentar infarto del miocardio que sus compañeros no deprimidos y dos veces más posibilidades de tener que someterse a cirugía de derivación coronaria en el año siguiente. Es notable que seis meses después de un ataque cardiaco, la depresión (y no otros marcadores fisiológicos como el gasto cardiaco) haya sido el factor más importante para predecir la muerte. En el seguimiento 18 meses después, la depresión fue el segundo indicador pronóstico de mayor importancia. En los estudios actuales se intenta delinear el mecanismo, por el cual la depresión aumenta el riesgo de muerte y morbilidad.

A Beatriz B, una mujer de 40 años, se le diagnosticó cáncer de mama inmediatamente después del nacimiento de su segundo hijo. Se sometió a varias sesiones de quimioterapia y se le prescribieron benzodiacepinas para la náusea, pero gradualmente comenzó a usarlas para dormir y controlar la ansiedad durante el día y los ataques de pánico ocasionales.

El diagnóstico de metástasis a la cadera le produjo mayor tensión emotiva, incluyendo insomnio grave, agitación, impotencia, desesperación, autoestima notablemente baja, anhedonia y culpa. Estos problemas, además de la mala concentración secundaria a la enfermedad médica, la incapacitaron para trabajar. La Sra. B observó que cuando intentaba trabajar en el hogar, se le dificultaba mucho leer y no podía concentrarse lo suficiente como para efectuar algo. Al final del día tenía menos confianza en sí misma y se sentía más culpable porque consideraba que no se merecía el dinero que la compañía le pagaba y creía que estaba defraudándolos.

La antigua imagen que tenía la Sra. B de sí misma como persona fuerte e independiente y con emociones bajo control, le dificultaba solicitar ayuda psiquiátrica o considerar el uso de medicamentos antidepresivos. Por lo tanto, se le dieron varias sesiones con duración de una hora enfocadas a instrucción acerca de la depresión y medicamentos y se le dio oportunidad de formar una alianza con el psiquiatra. El significado simbólico de los medicamentos y su relación con la autoimagen de la Sra. B fue uno de los principales temas de estas discusiones. Se le explicó que la medicación inicial era un método poderoso para recuperar la salud emotiva y funcionar con más eficacia en el empleo y en el hogar.

Por la presencia de síntomas de depresión grave, ansiedad y ataques de pánico, se comenzó a administrar imipramina a la Sra. B. Este fármaco es un antidepresivo tricíclico (ATC) leve sedante con buenos antecedentes para pacientes que sufren ataques de pánico. Comenzó con una dosis bajas (25 mg por la noche) y se permitió que transcurrieran varios días para que se acostumbrara a esa dosis antes de aumentarla paso a paso hasta llegar a 100 mg. Las benzodiacepinas se descontinuaron gradualmente.

Un mes después, los síntomas de depresión de la Sra. B comenzaron a desaparecer ya las seis semanas habían desaparecido en su mayoría. Aún experimentaba ansiedad acerca de su enfermedad, pero logró reducir la dosis de los ansiolíticos completamente. También pudo regresar a trabajar y comenzó a recuperar la confianza en sí misma. Su única queja fue un aumento de peso de 8.5 kilogramos que ella atri-

buyo a la imipramina. La terapia de grupo individual le proporcionó el apoyo necesario y una oportunidad para examinar sus temores y preocupaciones. Se le redujo gradualmente la dosis de imipramina sin ningún problema después de seis meses y ella perdió con rapidez el peso que había aumentado.

La Sra. B se sometió a trasplante de médula ósea varios meses después sin complicaciones médicas o psiquiátricas. No obstante, el cáncer recurrió un año después del diagnóstico inicial. Ella comenzó a experimentar signos tempranos de depresión, incluyendo tristeza, periodos de llanto, desesperación, ansiedad y pensamientos recurrentes acerca de la muerte. Una entrevista con el psiquiatra dio como resultado un periodo de espera, en particular porque la Sra. B se negaba nuevamente a tomar antidepresivos. Cuando sus síntomas empeoraron en las dos semanas siguientes, regresó al psiquiatra dispuesta a iniciar otra prueba con antidepresivos, pero solicitó que le administraran algún tipo que no le hiciera aumentar de peso. El psiquiatra estuvo de acuerdo y le prescribió paroxetina, 10 mg diarios, para minimizar los efectos secundarios.

A pesar de padecer insomnio leve durante la primera semana, la Sra. B pudo tomar una dosis de 20 mg a la semana siguiente, y sus síntomas de depresión desaparecieron. Iniciar el tratamiento con antidepresivos era necesario y poderoso para mantener su alto nivel de funcionamiento, salvaguardar su nivel de energía y cuidar de su familia, además de afrontar su devastadora enfermedad.

**Diagnóstico.** Depresión grave (eje I); cáncer de mama (eje III).

## Diagnóstico diferencial

Como es posible que otros procesos médicos causen depresión, el médico debe intentar descartar o dar tratamiento a los factores médicos que quizá ocasionen o exacerben la depresión. Esto incluye revisar los medicamentos que el paciente está tomando, en particular corticosteroides, benzodiacepinas, bloqueadores H2 y manipulación hormonal. Cuando no es posible que deje de tomar los medicamentos o sustituirlos, la reducción de dosis puede ser conveniente. Se someterá a detección de uso de sustancias a los pacientes, ya que puede desarrollarse o exacerbarse la dependencia conforme intentan afrontar la tensión que les provoca su enfermedad. Las personas que se encuentran en periodo de remisión del uso de sustancias están expuestas a recidivas conforme se ajustan a las noticias y al impacto de los problemas médicos. Como se indicó más arriba, el médico debe intentar diferenciar entre las características de depresión causada por trastornos psiquiátricos y otros síntomas derivados de afecciones clínicas o de su tratamiento.

## Tratamiento de ansiedad y depresión en personas médicamente enfermas

**A. Medicamentos.** Para tratar a los pacientes que padecen depresión y ansiedad a consecuencia de enfermedades médicas, se siguen los mismos principios fundamentales de tratamiento descritos con anterioridad en los capítulos 5 y 7. La medicación suele ser de suma ayuda, pero el médico debe recordar que quizá los pacientes tengan prejuicios en contra del diagnóstico y tratamiento de la depresión por el estigma que conllevan las enfermedades mentales. La prescripción se lleva a cabo dentro del contexto de una fuerte alianza terapéutica. Los pacientes necesitan tener la oportunidad para expresar sus preocupaciones con respecto a los medicamentos y deben recibir información adecuada con respecto a sus efectos secundarios y las respuestas esperadas. Aunque quizá los antidepresivos sean de ayuda para tratar la depresión, deben considerarse como un componente del tratamiento, junto con la psicoterapia y otras modalidades. Es preciso evitar dosis altas cuando los pacientes tienen enfermedad física, en particular en la terapia inicial. Además, al elegir el agente terapéutico, es necesario tomar en cuenta sus efectos secundarios e investigar sus interacciones con otros medicamentos. Las personas que padecen diarrea quizá se beneficien del estreñimiento que causan los antidepresivos tricíclicos. Además, estos fármacos son útiles como medicamento coadyuvante para el control del dolor, y son de ayuda en pacientes con dolor crónico, ya sea que presenten o no depresión. Desafortunadamente, los antidepresivos más modernos, como los ISRS y otros agentes novedosos, no muestran la misma eficacia para el control del dolor. No obstante se desaconseja el uso de ATC en personas con afecciones cardiacas debido a la mayor posibilidad de arritmias, disminución de la conducción intracardiaca e incremento de insuficiencia cardiaca.

Generalmente se emplean ISRS a dosis bajas para tratar la depresión en personas con afecciones clínicas por su perfil favorable de efectos secundarios y por la familiaridad del médico y el paciente. Quizá sea necesario ajustar las dosis de manera descendente en personas con depuración hepática o renal afectada. Debido al retraso en el inicio de sus efectos antidepresivos (de dos a cuatro semanas para la mayoría de los antidepresivos) en ocasiones se recurre a psicoestimulantes como dextroanfetamina o pemolina cuando se desea una respuesta más rápida. Estos medicamentos deben prescribirse por la mañana para evaluar su eficacia varias horas después. Los principales efectos secunda-

rios incluyen supresión del apetito e insomnio cuando se administran demasiado tarde durante el curso del día.

**B. Psicoterapia.** Aunque quizá sea necesario referir al sujeto con algún especialista en salud mental para tratamiento psicoterapéutico, los médicos no psiquiatras también son capaces de aplicar los principios fundamentales y quizá decidan dirigir o codirigir la psicoterapia o los grupos de instrucción de sus pacientes. La psicoterapia es notablemente eficaz para tratar la ansiedad y depresión en personas con afecciones clínicas. La psicoterapia proporciona un foro neutral en el cual los pacientes pueden expresar sus temores sin preocuparse por las restricciones usuales de tiempo que tienen otros médicos especializados. La psicoterapia a menudo incluye un método de tipo más activo que ayuda a los pacientes a desarrollar y probar estilos alternos de adaptación. Por ejemplo, las personas que vacilan entre extremos de total optimismo o pesimismo, quizá requieran ayuda para desarrollar expectativas más realistas. Además, los pacientes pueden aprender cómo controlar los pensamientos que les provocan más temor y explorar aspectos existenciales que quizás hayan permanecido latentes por muchos años (véase más adelante).

El aislamiento social y la sensación general de ser distinto, que experimentan con tanta frecuencia las personas con enfermedades médicas, hace que la psicoterapia de grupo constituya una opción atractiva. Este método permite que los pacientes compartan sus preocupaciones, sus destrezas de adaptación y estrategias para optimizar su contacto con los profesionales de salud. Algunos grupos también conceden atención a la reducción de la tensión, terminando cada sesión con ejercicios de relajamiento. Estos grupos son eficaces para mejorar la calidad de vida de los pacientes que padecen cáncer, afecciones cardiacas y otros problemas médicos.

Es notable que la psicoterapia de grupo quizás ejerza un efecto positivo en el curso y pronóstico de las afecciones clínicas. En un estudio innovador realizado por David Speigel en 1989, se asignó a mujeres con cáncer de mama metastásico de manera aleatoria a un grupo de apoyo que se reunía semanalmente. Estas mujeres no sólo afrontaron mejor su cáncer, sino que vivieron por periodos mayores de un año que las mujeres asignadas a la cohorte de control. Este estudio se ha replicado a escala mayor para determinar la naturaleza precisa de los beneficios de la terapia de grupo.

Los investigadores del Centro Médico dé la Universidad de California en Los Angeles intentaron utilizar el mismo método con pacientes tratados para melanoma maligno local, el cual tiene una elevada tasa de recurrencia y mortalidad; En este estudio se dio tan sólo seis sesiones de terapia de grupo a los pacientes. No obstante, esta breve forma de terapia ejerció notables efectos perdurables. En la visita de seguimiento seis meses después, los pacientes del grupo experimental tenían niveles de funcionamiento inmunitario superiores, incluyendo mayor actividad de las células T asesinas que luchan contra los tumores y aunque las. personas ¿el grupo tuvieron la misma tasa de relapso que los controles, éste se produjo significativamente después y las personas tuvieron más posibilidades de sobrevivir a las recidivas en comparación con el grupo de control.

## DOLOR CRONICO

Cuando el dolor continúa por más de seis meses, se considera crónico. Diversos aspectos importantes del dolor crónico son pertinentes para los proveedores psiquiátricos, incluyendo depresión comórbida, riesgo de suicidio, dificultad para Valoración médica y la necesidad de integrar intervenciones psicofarmacológicas, psicológicas y de comportamiento en los planes de tratamiento.

Con frecuencia se observa depresión en las personas que padecen dolor crónico. Diversos estudios indican la existencia de depresión comórbida hasta en un 100% de los pacientes con síndrome de dolor crónico. No resulta sorprendente que el dolor crónico también constituya un factor de riesgo significativo para el suicidio, ya sea por sí solo o combinado con la depresión.

Dada la amplia incidencia de dolor crónico y de tipo agudo en personas con afecciones clínicas, la disponibilidad y eficacia de los métodos para tratarlo y la importancia de evitar el sufrimiento ocasionado por el mismo, sería de esperarse que los profesionales de la salud fueran capaces de valorar con precisión el dolor. Desafortunadamente, esto no es así; los profesionales de la salud no siempre preguntan acerca del dolor y cuando lo hacen su evaluación del dolor del paciente suele constituir una subestimación que guarda poca relación con la experiencia de éste. La mayoría de los pacientes con dolor agudo o crónico reciben, ya sea en el medio de externos o en el medio de internos, menor tratamiento del necesario para su comodidad. Algunos pacientes y sus familias son más estoicos y toleran mayores grados de dolor sin recurrir a los médicos y enfermeras, mientras que otros no saben que el dolor puede tratarse de manera segura.

Entre el personal al cuidado de la salud, las barreras para la valoración adecuada y el tratamiento del dolor agudo y crónico incluyen falta de conocimiento sobre la fisiopatología del dolor, y su evaluación y control. En ocasiones se sospecha que los pacientes exageran su nivel del dolor y los estudios indican que los médicos y enfermeras a menudo evalúan y califican de

manera incongruente la gravedad del dolor (a menudo guardando poca relación con los reportes del paciente). Se dispone de protocolos estandarizados para valorar el dolor, los cuales se consideran muy confiables y deben emplearse de manera más general. Uno de los métodos más sencillos consiste en pedir al paciente que califique su dolor en una escala de 0 a 10, donde 0 indica que no hay dolor y 10 indica el peor dolor que haya experimentado. Esta pregunta puede formularse verbalmente o empleando una escala análoga visual dibujada sobre un pedazo de papel.

Los principios de tratamiento también son relativamente sencillos. El método de tres pasos para intervenciones farmacológicas incluye lo siguiente:

1. fármacos antiinflamatorios no esferoides,
2. agentes psicotrópicos coadyuvantes como ATC a dosis baja (los más estudiados son desipramina, nortriptilina y amitriptilina) o anticonvulsivos como carbamacepina, gabapentina o lamotrigina (se ha demostrado que los ISRS no son más eficaces que los placebos),
3. medicamentos opiáceos para dolor más fuerte.

Se prefiere el uso de dosis fijas de preparaciones de acción prolongada a intervalos predeterminados durante el día (lo que se llama dosificación fija o continua) a usar los medicamentos según sea necesario (prn). El uso de medicamentos con base prn a menudo da como resultado subtratamiento del dolor, aumento del nivel de ansiedad del paciente y puede provocar tensión entre éste y el personal de enfermería. Las técnicas de comportamiento para reducir el dolor incluyendo la terapia de relajación y la biorretroalimentación son sumamente eficaces en combinación con otras técnicas básicas. También es deseable la prevención primaria del dolor y debe tenerse muy en cuenta en el tratamiento de afecciones clínicas, como ocurre por lo que respecta a la adherencia a la insulina en casos de diabetes para prevenir el inicio de la neuropatía periférica. El plan de tratamiento óptimo consiste en un método multidisciplinario que incluya personal de las áreas de medicina, anestesiología, neurología, psiquiatría, enfermería y farmacología.

## ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LAS INTERVENCIONES QUIRURGICAS

El paciente quirúrgico afronta diversas fuentes de ansiedad, entre ellas preocupación por el dolor, desfiguración y alteración de la imagen corporal, pérdida de control durante la anestesia general, y temores con respecto a la muerte. Estas preocupaciones se amplían en personas con trastornos psiquiátricos preexistentes, incluyendo ansiedad y trastornos afectivos, trastorno de tensión postraumática o trastornos de la personalidad. Quienes padecen trastornos psicóticos del tipo de la esquizofrenia deben ser evaluados tanto antes como después de la intervención quirúrgica para la detección temprana de la exacerbación de sus afecciones psiquiátricas.

Gervasio A, un joven de 24 años, ingresó al servicio de cirugía porque su motocicleta chocó contra un automóvil mientras circulaba. Tenía la pierna izquierda muy lesionada, y se requirieron varias intervenciones para reparación de los vasos sanguíneos dañados. El Sr. A tenía antecedentes de esquizofrenia y había estado hospitalizado en varias ocasiones por psicosis y pensamientos suicidas. La consulta psiquiátrica confirmó que el Sr. A se estaba adaptando relativamente bien a la tensión de la enfermedad y continuaba cumpliendo con sus medicamentos antipsicóticos.

Tras la intervención quirúrgica, el Sr. A se mostraba sumamente ansioso y el personal de enfermería notó que estaba paranoico y temeroso de que colocaran veneno en su venoclisis. Se negaba a expresar sus preocupaciones, pero consintió en hacerlo a instancias de los miembros de la familia. Cuando recuperó la conciencia tras la intervención quirúrgica, malinterpretó las manchas del desinfectante prequirúrgico en sus piernas e ingles como "marcas de gis" que los cirujanos habían dibujado sobre su cuerpo y desarrolló el delirio de que los médicos intentaban separar las diversas partes de su cuerpo para usarlas en experimentos científicos. El Sr. A aceptó la explicación del equipo médico sobre la naturaleza de las manchas y no volvió a experimentar delirio ni paranoia durante su estancia en el hospital

Hasta una la tercera parte de los pacientes posquirúrgicos experimenta ansiedad y depresión. En consecuencia, los cirujanos, anestesiólogos y psiquiatras consultores deben conocer perfectamente estas áreas donde sus especialidades se empalman. La anestesia general también produce estados de depresión personal y puede retrasar el inicio de supresión alcohólica varios días. Es necesario informar al anestesiólogo si el paciente toma un medicamento antipsicótico, ya que quizá sea necesario reducir la dosis para evitar interacciones sinérgicas con los agentes anestésicos de uso general.

## ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA PREVENCION DE ENFERMEDADES

Los médicos deben estar conscientes de los factores psicológicos que influyen en los principales factores de riesgo para muerte prematura incluyendo tabaquismo (la adicción a la nicotina suele ser más grave en personas con depresión o esquizofrenia y se vincula con mayor riesgo de cáncer y enfermedades pulmonares y cardiovasculares), alcoholismo, obesidad (en la cual con frecuencia se pasan por alto los factores de comportamiento y de estado de ánimo), accidentes y suicidio.

Los últimos avances en medicina han conducido a que se identifiquen marcadores genéticos que indican mayor posibilidad de desarrollar enfermedades como cáncer de mama y ovárico. No obstante, estos marcadores pueden producir una concientización y toma de decisiones de tipo estresante entre las personas y las familias con riesgo de la enfermedad.

Consuelo C, una mujer de 27 años, fue enviada por un consejero de riesgo genético después que se le diagnosticó cáncer de mama a su hermana mayor. La Srita C, su hermana más joven y su prima se sometieron a pruebas para detectar el gen que indica un riesgo del 60 % en el curso de la vida de desarrollar ya sea cáncer de mama u ovárico. La Srita. C afrontó una difícil situación cuando sus pruebas sanguíneas indicaron que ella presentaba el gen. Podía elegir entre someterse a mastectomía bilateral profiláctica y ooforectomía (eliminación de ambos ovarios) para reducir su riesgo de desarrollar cáncer en forma considerable, o bien podía optar por una detección cuidadosa con exámenes mensuales de mama y mamografía anual y ultrasonidos abdominales para detectar el cáncer en una etapa más temprana. La Srita. C no tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos, pero reportó que se sintió "agobiada por la tensión" mientras intentaba decidir el mejor curso de acción y que experimentaba ansiedad durante el día e insomnio por la noche. Más adelante, tras muchas discusiones con su médico y los miembros de su familia decidió aguardar dos años antes de someterse a la eliminación quirúrgica de los ovarios para que ella y su novio intentaran concebir un hijo y someterse a detecciones frecuentes para la detección primaria de cáncer de mama. Ella comentó "lo más difícil es tener que tomar una decisión basándose en probabilidades, pero por lo menos he elaborado una estrategia que me dará la oportunidad de ser madre y aún minimizará mi riesgo de desarrollar cáncer".

**Diagnóstico.** Trastorno de adaptación con estado de ánimo ansioso.

## ASPECTOS EXISTENCIALES RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES MEDICAS

Las enfermedades que ponen en peligro la vida con frecuencia dan lugar a cuestionamientos existenciales en los pacientes. Estos aspectos incluyen el significado de la vida, la naturaleza de la muerte, el dilema de la intimidad con otras personas, y el conflicto entre la responsabilidad y el deseo de ser libre. La posibilidad de morir (que forma parte del reto de cualquier enfermedad grave sin importar qué tan bueno sea el pronóstico) suele ocasionar que los pacientes comiencen a pensar estos temas. Quizá reporten estar distraídos o se sientan "torturados" por profundas cuestiones que no han considerado durante años, pero que en ese momento les parece de suma importancia y a menudo conmovedoras. Esto se ilustra en el siguiente caso:

Gregorio V, un paciente de aproximadamente 40 años, ingresó para tratamiento de neumonía por *Pneumocystis carinii,* lo que indicó un avance de su estado HIV positivo hacia el SIDA. Esta neumonía respondió bien a la terapia con antibióticos y su estado físico mejoró durante su primera semana de estancia hospitalaria. Se solicitó una consulta psiquiátrica para evaluar ansiedad y posible demencia, ya que se observó que el Sr. V presentaban lapsos de la memoria y dificultad para concentrarse.

El examen reveló que el Sr. V era un hombre agradable e inteligente con un amplio vocabulario. Formó fácilmente un vínculo con el psiquiatra y cooperó de manera total en el examen cognoscitivo, el cual reveló breves problemas con la memoria a corto plazo y la concentración.

El psiquiatra le preguntó sobre sus antecedentes, incluyendo su religión, pues él efectuaba numerosas referencias veladas o ambiguas con respecto a la muerte y al hecho de morir. El Sr. V no concedió importancia a estas preguntas; como dijo, "con anterioridad fue católico" y actualmente no creía en la vida después de la muerte pues según reveló "uno simplemente deja de existir y después no hay nada más". También se preguntó al Sr. V si padecía depresión, pero él negó la mayoría de los síntomas con excepción de disminución de la energía, que atribuyó a la infección por el virus del HIV y la

neumonía. Sin embargo, preguntó acerca de los antidepresivos. Sus amigos le habían mencionado uno de ellos, que al parecer se llamaba "resurrectina".

Esta palabra impulsó al psiquiatra a investigar más ampliamente las afirmaciones del Sr. V de que había dejado de creer totalmente en su religión. El Sr. V reconoció que la pregunta del tipo de "¿qué hay después de esta vida?" le parecía interesante, y que sus experiencias religiosas tempranas con un ministro que a menudo hablaba de "el infierno y la suerte de los condenados, los pecadores" le generaban temor. Agregó, "creo que a cierto nivel, estoy asustado de que vaya a terminar en ese sitio". Obtuvo grandes beneficios de la referencia a un grupo de apoyo para las personas con SIDA.

Aunque no es necesario encontrar "respuestas" a las preguntas existenciales, los médicos deben recordar que con frecuencia este tipo de temas son muy importantes para los pacientes. Algunos buscan respuestas dentro del marco de la religión organizada, mientras que otros lo hacen de manera más seglar. Con frecuencia se observa cierto grado de determinación de "aclarar" diversos aspectos existenciales apremiantes en los pacientes que se encuentran en el proceso de morir y "están haciendo un resumen" de sus vidas y examinando las labores y las relaciones que tuvieron en el curso de su vida.

Los aspectos existenciales clave también adoptan una forma más oculta. A menudo vale la pena preguntar al paciente acerca de sus sueños, ya que quizá contengan referencias simbólicas hacia estos temas y tal vez ofrezcan posibles soluciones.

Se solicitó una consulta psiquiátrica para Roberto J, un hombre de 48 años que padecía diabetes. El Sr. J sólo seguía de manera parcial su régimen de insulina, y como resultado desarrolló una infección en el pie que requirió de un curso de antibióticos de dos semanas con posibilidad de amputación en caso de no mejorar. El Sr. J trabajaba en la construcción (era albañil) y se sentía muy aterrado ante la idea de perder el pie. Su temor se expresó como ira hacia el personal médico y las enfermeras, a quienes culpaba por las complicaciones de su enfermedad además de acusarlos de proporcionarle cuidados de salud de tipo inferior.

El Sr. J se resistió a asistir a la consulta psiquiátrica inicialmente, pero de manera gradual comenzó a revelar los detalles de su vida. Había estado solitario y socialmente aislado tras la muerte de su esposa, producida 10 años antes. Su padre alcohólico abusaba de él verbal y físicamente cuando era niño, y como consecuencia toda la vida desconfió de las figuras de autoridad, incluyendo los médicos. Relató un sueño que tuvo durante la primera semana de su estancia hospitalaria, en el cual él estaba trabajando sobre una plataforma que se encontraba a gran altura, por encima de un desierto. La plataforma se inclinó repentinamente, y el Sr. J resbaló, pero no cayó totalmente porque su pie quedó atorado en la plataforma. Quedó colgando en el aire, detenido por el pie y aterrorizado miró al sitio donde iba a caer, el cual estaba tapizado de "cactus con enormes y puntiagudas espinas".

El psiquiatra preguntó si alguna persona había acudido a rescatarlo. "Oh, no", replicó el Sr. J. "Pero finalmente el operador de la grúa dio vuelta a la plataforma y yo caí de pie." El psiquiatra, empleando esta metáfora sugirió que aunque el personal médico no "podía subir a las alturas" a ayudarlo, el Sr. J podría dirigirlos desde el sitio en que se encontraba. El psiquiatra reconoció también la dificultades adicionales y el valor que necesitaba el Sr. J para confiar su vida a otras personas. Las sesiones cotidianas dieron oportunidad al paciente de discutir sus temores, su depresión y su insatisfacción con la vida, y la conexión de estas emociones con su niñez le ayudaron a comprender sus sentimientos. Gradualmente se mostró menos ansioso e iracundo hacia el personal. Y en último término se le amputó el pie y él efectuó una recuperación gradual pero exitosa.

## METODOS NARRATIVOS PARA LOS CUIDADOS MEDICOS

El enfoque de los cuidados médicos es a menudo con base en los antecedentes recientes del paciente relacionados con su enfermedad actual. El **método narrativo** es de tipo alterno y se basa en conceptos antropológicos que se enfocan en comprender la enfermedad médica desde el contexto de toda la vida del paciente y su propio modelo de explicación de la enfermedad. En vez de asignar significado basándose en la experiencia promedio del paciente, este método concede importancia a los valores que se derivan de la propia experiencia que adquirió esa persona en el curso de su vida. A menudo esto conduce a un cuadro más completo del paciente y de su estilo de adaptación a la enfermedad. También reduce las tendencias de los médicos a clasificar a los pacientes según su psicopatología.

El servicio de oncología solicitó una consulta psiquiátrica para Dolores M era una mujer de 29 años que se negaba a someterse a lumpectomía de una masa en el seno. La Srita M había detectado la masa al efectuar un autoexamen y acudió al médico para ser evaluada. El mamograma no permitió diferenciar si la masa era benigna o maligna, y la Srita. M fue referida al servicio de cirugía. El cirujano se alarmó al intentar programar una biopsia y posible lumpectomía, cuando la Srita. M se negó al proceso y le dijo "tengo que pensar eso con cuidado".

La Srita. M aceptó de manera reticente asistir a la consulta psiquiátrica. Tema apariencia ligeramente ansiosa pero presentaba pocos síntomas psiquiátricos. No tenía evidencia de delirios y sus pruebas de la realidad arrojaron resultados totalmente normales. La Srita. M explicó que no quería someterse a la intervención quirúrgica bajo presión y agregó "sé todo lo necesario sobre el cáncer de mama". En el curso de dos consultas con el psiquiatra describió la prolongada enfermedad que sufrió su madre y su muerte a consecuencia de cáncer de mama y su papel como cuidadora de su madre cuando tenía 16 años.

Tres meses después de la muerte de su madre, su padre se casó con la vecina y la familia no volvió a mencionar a su madre jamás. La Srita. M consideró que ella era la única que mantenía viva la memoria de su madre. Agregó "todos desean que me someta de inmediato a la intervención para que pueda olvidarme de esto, pero yo deseo hablar un poco al respecto antes de la operación". El psiquiatra comentó "quizá a usted le preocupe la posibilidad de que al someterse a la intervención quirúrgica, los recuerdos de su madre disminuyan, tras pensar tanto en ella". En la siguiente cita la Srita. M indicó la fecha para la intervención quirúrgica, la cual reveló que la masa era benigna. Sin embargo, la Srita. M decidió continuar el tratamiento psicoterapéutico diciendo, "la posibilidad de padecer cáncer me hizo pensar acerca de algunas cosas que necesito cambiar en mi vida".

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Aunque los médicos son entrenados para responder de manera objetiva ante las afecciones clínicas, con frecuencia experimentan reacciones de tipo menos racional y más emotivo. Algunas respuestas enfáticas ayudarán al clínico a comprender la experiencia subjetiva del paciente. Algunas de estas respuestas se basan en los valores de la medicina moderna, que tiende a considerar la enfermedad como un estado aberrante y la muerte una conclusión inaceptable. Por inferencia, los clínicos minimizan su ansiedad sobre su limitada capacidad para curar asumiendo que son capaces de controlar en su totalidad los resultados de cada caso.

Cierto estudiante de medicina fue asignado para tomar los antecedentes y efectuar el examen físico de Amado W, un hombre de 68 años programado para someterse a intervención quirúrgica para reemplazo de válvula cardiaca a la mañana siguiente. El Sr. W había firmado la forma de consentimiento para la intervención y se le habían explicado todas las posibles complicaciones, incluyendo la posibilidad de 10% de morir. Expresó su temor de morir durante la operación y se preguntaba si era conveniente despedirse de su familia "por si acaso". El estudiante le aseguró que el equipo quirúrgico tenía mucha experiencia y además que sus posibilidades de recuperarse totalmente eran excelentes. Inclusive señaló que su propia abuela se había sometido a ese mismo tipo de cirugía a los 75 años con buenos resultados. Sin embargo, el Sr. W continuó verbalizando sus preocupaciones.

Al siguiente día el estudiante "se sometió a lavado quirúrgico" para entrar a la operación con los demás integrantes del equipo. Aunque la intervención se llevó a cabo sin contratiempos, el Sr. W sufrió repentinamente un paro cardiaco en las etapas finales de la operación. La reanimación cardiovascular no tuvo éxito y el paciente murió. El estudiante se preguntaba si debió haber escuchado de manera más receptiva la preocupación del Sr. W y se dio cuenta de que intentó asegurarle que todo saldría bien para aliviar su propia ansiedad sobre las limitaciones del tratamiento médico y las posibilidades de fracaso y muerte.

Cuando el equipo médico se concentra exclusivamente en las proezas técnicas sin tomar en cuenta los aspectos humanos ni apreciar al paciente como persona surgen otro tipo de situaciones. Las personas que recurren a la negación o que cumplen con los regímenes de medicamentos son percibidos como frustrantes porque no actúan de manera "racional" y los médicos que trabajan con pacientes que experimentan ansiedad o depresión en ocasiones evitan explorar el estado emotivo de los mismos. En estas circunstancias, los clínicos con frecuencia se distancian de una posición empática que les permitiría comprender o ayudar a los

pacientes desde el punto de vista emotivo y se concentran exclusivamente en los aspectos técnicos de los casos. Desafortunadamente, este comportamiento es el modelo que suelen ofrecer los médicos residentes y a cargo de los diversos casos, por lo cual es emulado por los practicantes.

A Rita T, una mujer de 37 años, se le diagnosticó cáncer ovárico avanzado con mal pronóstico. El equipo médico se enfrascó en prolongadas discusiones sobre la presentación clínica poco usual de la enfermedad, las combinaciones de quimioterapia y tratamientos avanzados que podrían emplearse y las contribuciones más recientes de las investigaciones para comprender la genética del cáncer ovárico. Nunca se mencionó cómo afectaría el diagnóstico a la vida de la Srita. T, ni a sus responsabilidades hacia sus tres hijos, que no tenían padre.

Un estudiante de medicina señaló estos aspectos pero el residente le indicó que "lo importante en ese momento era iniciar el tratamiento". El estudiante de medicina señaló al equipo cierto estudio que citaba mejoras en la supervivencia de los pacientes con cáncer que reciben apoyo psicológico y también un folletín sobre grupos de apoyo para el cáncer en la localidad. De nuevo se le indicó que esta información no era prioritaria. El médico a cargo condujo al equipo médico a la habitación de la Sra. T para anunciarle el diagnóstico, la elevada probabilidad de muerte en el próximo año y el plan de iniciar la quimioterapia de inmediato. La Sra. T, sentada en su cama, quedó pasmada y comenzó a llorar sin poderlo ocultar.

El equipo continuó en la habitación y el médico responsable preguntó "¿Tiene alguna pregunta?" La Sra. T continuó sollozando y se sintió tan alterada que fue incapaz de responder. Tras un breve silencio, el médico responsable le dijo "Usted necesita estar sola para meditar al respecto" e indicó a los integrantes del equipo que salieran de la habitación.

Este distanciamiento probablemente ilustra algunos casos en que los médicos pasan por alto o minimizan los diagnósticos de depresión grave en pacientes médicamente enfermos. Es una desgracia que, tanto los pacientes como los médicos no logren establecer una conexión en estos tipos de situaciones: los primeros se sienten solos y abandonados y los segundos se concentran en los aspectos técnicos y pasan por alto su propio sentido de significado y su objetivo de curar. Resulta interesante que los estudiantes de medicina a menudo tengan destrezas excelentes para formar alianzas terapéuticas con los pacientes, las cuales se caracterizan por buena comunicación y un ávido interés en equilibrar en el sentido de conexión personal con la obtención de información objetiva y la toma de decisiones. De este modo, la tarea de los estudiantes de medicina y de otros practicantes no sólo es "aprender" como dirigirse al paciente sino desarrollar más ampliamente este tipo de destrezas en vez de sacrificarlas para concentrarse en adquirir experiencia técnica.

Los aspectos relacionados con la muerte y el hecho de morir suelen estar revestidos de fuerte carga emocional para los pacientes y sus médicos. En el occidente los practicantes de medicina desafortunadamente tienden a comportarse en forma reduccionista y consideran al cuerpo humano como un conjunto de partes que requieren afinación o compostura. El lenguaje de la medicina refleja de qué manera las enfermedades se transforman en el enemigo (p. ej., "la guerra contra el cáncer"). La frustración del médico por su propia incapacidad para controlar de manera total la vida y la muerte también se expresa como ira en contra de los pacientes culpándolos por sus enfermedades. Este modelo tiende a enfocarse con exceso en los resultados y en despreciar los esfuerzos de prevención que, aunque son menos dramáticos, son bastante eficaces. La muerte se considera como un "resultado negativo" en vez de como una parte inevitable de la vida. No resulta sorprendente que el personal del hospital dedique menos tiempo a los pacientes que padecen alguna enfermedad terminal.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Numerosos dilemas éticos de tipo complejo complican el tratamiento de los pacientes con afecciones clínicas complicadas por factores psicológicos. La negación grave es poco común pero limita la capacidad del sujeto para proporcionar consentimiento informado, potencialmente hasta el punto tal en que queda legalmente incompetente para tomar decisiones con respecto a sus cuidados médicos. Aunque el método preferencial es dejar que el tiempo transcurra y proporcionar un entorno de apoyo en espera de que adquiera más conciencia de su afección clínica, esto no siempre es posible. En algunos casos, el clínico debe decidir si es conveniente pedir a los miembros de la familia o al sistema legal que tomen decisiones de manera subrogada y determinar si sus prerrogativas como médico para ayudar al paciente son superiores al deseo de respetar la autonomía del paciente y a su derecho a ella.

Se solicitó una consulta psiquiátrica para Alberto F, un paciente de 54 años que deseaba salir de la unidad de cuidados intensivos (UCI)

en contra del consejo médico. El Sr. F había ingresado varios días antes para tratamiento de un aneurisma disecante de la aorta.

La revisión de su expediente y una entrevista con él reveló que se le había diagnosticado hipertensión dos años antes. Al parecer había cumplido con sus medicamentos para controlar la presión arterial alta y se había presentado previamente a la clínica de externos con la presión arterial dentro del ámbito normal. Varias semanas antes de su ingreso al hospital, el Sr. F leyó un artículo sobre los posibles peligros del medicamento que estaba tomando. Ese día dejó de tomarlo sin discutir esta decisión con su médico o la enfermera experta. Poco después presentó dolor torácico y abdominal. Retrasó el tratamiento varias semanas, pero en último término se le solicitó atención médica en la sala de urgencias. Su presión arterial alcanzó niveles peligrosamente altos y los rayos X indicaron un ominoso abultamiento de la aorta, con forma de balón.

El Sr. F se negó a someterse a una intervención quirúrgica para corregir el aneurisma, explicando que ni siquiera tenía la certeza de sufrir hipertensión, y a pesar de los rayos X y otras evidencias, no creía padecer un aneurisma que pusiera en peligro su vida.

Al parecer, el Sr. F cumplía con los criterios de trastorno de personalidad esquizoide, pues no tenía contactos con sus familiares o amigos y mantenía una actitud suspicaz e indiferente hacia los médicos y enfermeras. Los intentos de asustarlo con sombrías predicciones de su pronóstico si no se sometía a la intervención fallaron, y condujeron a su abrupta decisión de abandonar el hospital. El psiquiatra estuvo de acuerdo en que el paciente usaba la negación de manera tan extrema que afectaba su capacidad para comprender (o inclusive para creer) su diagnóstico.

El equipo de cardiología decidió que como el Sr. F no tenía capacidad para dar su consentimiento informado y no contaba con familiares que pudieran proporcionarlo, sería conveniente solicitar aprobación del tribunal para proceder a la intervención. Sin embargo, el equipo contravino su decisión al darse cuenta de que el Sr. F había salido de la fase aguda en la cual estaba demostrado que la intervención quirúrgica proporcionaba oportunidad significativa de mejorar la tasa d^ supervivencia, y consideraron que era más conveniente que continuara controlando su presión arterial con medicamentos. Les preocupaba que el Sr. F tuviera peor apego al tratamiento si lo obligaban a someterse a la intervención. También parecía poco probable que el tribunal obligara al Sr. F a someterse a cirugía penetrante que conllevaba una tasa de mortalidad del 30%. En último término se le dio de alta y se alentó a continuar con sus medicamentos. Tras el alta no regresó a sus citas en la clínica y fue imposible darle seguimiento.

El caso anterior ilustra algunas de las limitaciones que los médicos afrontan. Inclusive cuando el paciente evidentemente es incapaz de tomar decisiones médicas, es probable que la intervención propuesta sea demasiado penetrante o conlleve un riesgo muy alto o ambas cosas para proceder sin tomar en cuenta las objeciones del sujeto. El otro riesgo que es necesario sopesar en una decisión de este tipo, es la posible pérdida de confianza del paciente hacia el médico que sin duda afectará los esfuerzos para proporcionarle cuidados continuos de tipo vital. En consecuencia, los médicos deben mirar más allá de la crisis clínica a corto plazo y tomar en cuenta las metas a más largo plazo de adherencia al régimen y adaptación al contexto de una relación viable entre médico y paciente.

Otro dilema frecuente surge al tratar a pacientes cuya toma de decisiones y comportamiento relacionado con la enfermedad médica se ven adversamente afectados por la depresión o trastornos de la personalidad. Por ejemplo, quizá los médicos perciban que estas personas toman decisiones influidas por pensamientos pesimistas derivados de la depresión y en un estado diferente a su estado basal.

A Susana R, una mujer de 48 años, se le diagnosticó diabetes poco después que su esposo muriera, un año antes. Aunque había cumplido de manera correcta con sus medicamentos hipoglucémicos orales y su diabetes estaba controlada, en su visita regular a la clínica se quejó de que se sentía mal. Se observó que su nivel de glucosa en sangre estaba notablemente alto a pesar de que tomaba los medicamentos como se le habían prescrito. El médico recomendó que, dada la progresión de su diabetes, era conveniente iniciar el tratamiento con inyecciones de insulina.

La Sra. R se negó a seguir esta prescripción. Rompió a llorar y comunicó su decisión de "dejar de luchar contra la diabetes". Afirmó "si ha llegado mi momento de morir, entonces prefiero irme más rápido". El médico se enteró de que la Sra. R, que anteriormente era una persona vivaz y extrovertida, se había aislado mucho en los seis meses anteriores. Dormía mal, había bajado de peso y no tenía interés en sus actividades normales y lloraba con frecuencia. Su hija observó que ya no dedicaba tiempo a sus

nietos y agregó que "se comportaba de manera extraña". Creo que se siente muy sola y deprimida.

La Sra. R se resistía al tratamiento psicoterapéutico y a usar antidepresivos. Posteriormente su depresión empeoró y el médico y su hija se unieron para solicitar una hospitalización psiquiátrica involuntaria. La hija dio su autorización para que la Sra. R recibiera inyecciones de insulina en contra de su voluntad, con objeto de controlar su diabetes. La Sra. R mejoró drásticamente con un antidepresivo ISRS y fue dada de alta tres semanas después. Comentó que era un alivio que todos hubieron decidido ayudarla y agregó "me da mucho gusto poder contar con más tiempo de vida para mis nietos. Aun en los momentos en que me sentía peor, deseaba que alguien me ayudara".

Las personas con trastornos de la personalidad en ocasiones se benefician de intervenciones para modificar su comportamiento mediante incentivos positivos para que se comporten de la manera deseada en relación con su salud. Además, los médicos deben asegurarse de actuar de manera ética y responsable, preservando el respeto hacia la autonomía y dignidad del paciente. Todo plan de comportamiento debe cumplir con las normas éticas de justicia, es decir, las decisiones de limitar los cuidados no deben aplicarse indiscriminadamente a todos los paciente que presenten comportamiento similar. Los intentos arbitrarios de limitar el acceso a los cuidados o de "castigar" a las personas que no cumplen con su régimen, probablemente constituya una expresión inconsciente de la frustración del médico y de su deseo punitivo de "tomar represalias" en contra de los pacientes difíciles.

## CONCLUSION

Los factores psiquiátricos están poco integrados en la práctica de la medicina para prevención y tratamiento de afecciones clínicas. Los factores psiquiátricos ejercen un impacto significativo sobre la adherencia a los medicamentos, los hábitos de estilo de vida que evitan o favorecen la enfermedad y en último término, la respuesta individual del paciente y su adaptación a la afección clínica. La depresión y la ansiedad son complicaciones sumamente frecuentes en el medio de afecciones clínicas y, como ocurre en otros medios, suelen ser poco diagnosticadas y casi nunca se les da tratamiento. Estudios recientes sugieren que las variables psicológicas como la adaptación de los pacientes a su enfermedad y la manera de afrontarla pueden modificarse mediante intervenciones psicosociales y que este tipo de intervenciones no sólo permite una mejor adaptación psicológica, sino que probablemente influye de manera positiva en el curso de la propia afección clínica. Aunque la medicina occidental establece una distinción entre "la mente" y "el cuerpo", el cuerpo no la establece y los médicos que no toman en cuenta los componentes psicológicos de las afecciones clínicas, colocan a sus pacientes en riesgo de mayor sufrimiento emotivo, morbilidad y muerte. Por lo tanto, es imprescindible que los médicos se familiaricen con el posible ámbito de respuestas ante la enfermedad para ayudar a orientar a los pacientes a afrontar mejor sus enfermedades.

## REFERENCIAS


Academy of Psychosomatic Medicine: http://www.apm.org/

Bauby J-D: *The Butterfly and the Diving Bell.* Knopf, 1997.

Byock I: *Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life.* Riverhead, 1996

Cain JM, Hammes BJ: Ethics and pain management: respecting patient wishes. J Pain Symptom Manage 1994;9(3):160

Cassell E: *The Nature of Suffering.* Oxford University Press, 1991.

Cassem EH: Depression and anxiety secondary to medical illness. Psychiatr Clin N Am 1990;13(4):597.

Cassem N: The dying patient. In: Cassem EH, Stern TH, Rosenbaum JF (editors): *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry,* 4th ed. Mosby Year Book, 1997.

Dreifuss-Kattan E: *Cancer Stories.* Analytic, 1990.

Evans WO: The undertreatment of pain. Indiana Med 1988;81(10):842.

Fawzy I: A critical review of psychosocial interventions in cancer care. Arch Gen Psychiatr 1995;52:100.

Fishman S: *Bomb in the Brain.* Avon, 1988.

Freeman H: Cancer in the socioeconomically disadvantaged. Ca-A Cancer J Clin 1989;39(5):266.

Groopman J: *The Measure of Our Days.* Viking, 1997.

Holland JC, Rowland JH (editors): *Handbook of Psychooncology: Psychological Care of the Patient with Cancer.* Oxford University Press, 1991.

Katon W, Sullivan MD: Depression and chronic medical illness. J Clin Psychiatr 1990;51(6)(Suppl):3.

Kaufman DM: Neurologic aspects of pain. Pages 333-352 in: *Clinical Neurology for Psychiatrists.* 4th ed. Saunders, 1995.

Kleinman A: *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition.* Basic, 1998.

McCormick TR, Conley BJ: Patients' perspectives on dying and on the care of dying patients. West J Med 1995;163(3):236.

McDaniel JS et al: Depression in patients with cancer. Arch Gen Psychiatr 1995,52:89.

Reiser DE, Rosen DH: *Medicine as a Human Experience.* University Parle, 1984.

Rosenbaum EE: *The Doctor* (formerly published as *A Taste of My Own Medicine*) Ivy, 1988

Shapiro PA, Lidagoster, Glassman ÁH: Depression and heart disease. Psychiatr Ann 1997;27(5):347.

Wyszynski AA, Wyszynski B: *A Case Approach to Medical Psychiatric Practice.* American Psychiatric, 1996.

Yalom I: *Existential Psychotherapy*. Basic, 1980.

# 16 Aspectos psiquiátricos de la infección por HIV

*Kristine Yaffe, MD, David Elkin, MD, Francisco Gonzalez, MD y Sophia Vinogradov, MD*

El virus de inmunodeficiencia humana (HIV-1) es un retrovirus de RNA de peso molecular relativamente bajo. La infección se produce a través de diversas vías que incluyen relaciones sexuales y exposición a productos sanguíneos o agujas contaminadas con el virus (como ocurre en usuarios de drogas intravenosas que comparten jeringas o agujas, personas que reciben transfusiones, y con menor frecuencia, en quienes se pican accidentalmente con agujas contaminadas en instalaciones médicas). A continuación el virus infecta las células humanas y copia sus mecanismos de replicación del DNA para producir y liberar múltiples copias virales que proceden a infectar otras células.

En particular, las células que constituyen el blanco del virus HIV son las células T colaboradoras del sistema inmunitario. Dichas células proporcionan al cuerpo humano defensas contra las infecciones; de este modo, la persona con infección avanzada por HIV es susceptible a infecciones oportunistas bacterianas y micóticas, como neumonía neumocística, por criptosporidium y toxoplasmosis. La presencia del HIV se comprueba mediante la prueba inmunológica para detectar anticuerpos al HIV llamada ELISA. En ciertos casos, la prueba Western-blot es más específica. Las células T colaboradoras se miden por recuentos de CD4, que normalmente son superiores a 1 000 por milímetro cúbico de sangre. La declinación en los recuentos de CD4 señala el progreso de la infección por HIV y estas mediciones de la carga viral se correlacionan de manera cercana con la velocidad de progreso de la enfermedad. El término ARS (afección relacionada con el SIDA) para referirse a la etapa intermedia de la infección por HIV ha caído en desuso. El SIDA es una forma avanzada de la infección por HIV, que se define por la presencia de infecciones oportunistas, demencia a causa de la infección del SNC por el HIV, sarcoma de Kaposi, o recuentos de CD4 inferiores a 200 (que generalmente se vinculan con ésta y otras enfermedades médicas).

Los factores psicológicos y sociales característicos de la infección por HIV conducen a tensiones que quizá no sean pertinentes para otras enfermedades. Por ejemplo, la historia de la epidemia de HIV en Estados Unidos se caracterizó por una falta notable de publicidad a través de los medios o atención por parte del gobierno a comienzos de la década de 1980. Además, en contraste con la mayoría de las afecciones médicas, la infección por HIV incluye estigmatización y frecuente marginación de la sociedad, probablemente porque en los pacientes occidentales este virus se asocia con actividad homosexual, bisexual, o uso de drogas por vía intravenosa. Por último, el hecho de que el HIV infecte a ciertos grupos que constituyen minorías de la población, también hace probable que los individuos HIV positivos hayan conocido a otros que hayan enfermado o muerto. Estos factores, además de los avances en los cuidados que han conducido a mayor supervivencia de las personas HIV positivas se han transformado en consideraciones importantes para la adaptación psicológica de los individuos a la infección por HIV (en el capítulo 15 se considera en más detalle los aspectos psiquiátricos de las afecciones médicas).

El cuidado de las personas infectadas por HIV da lugar a diversos aspectos complejos de valoración y el cuidado del paciente. Los datos demográficos cambiantes de la epidemia de SIDA que incluyen en la actualidad a pacientes más jóvenes con problemas de uso de sustancias, trastornos de personalidad y trastornos psiquiátricos, plantea retos para el cuidado clínico de estos pacientes. La adaptación de la persona al HIV depende de su estado psicológico y también de diversos factores sociales y del entorno. Es probable que sufra depresión, trastornos de ansiedad, delirio y psicosis a consecuencia de los aspectos biológicos y psicológicos de la infección por HIV. La demencia leve y la clínicamente significativa también se asocian con el HIV y requieren valoración pronta y tratamiento adecuado. Quizá el cuidado de las personas HIV positivas provoque reacciones emotivas difíciles para el equipo de salud y por otra parte, los médicos deben confrontar los diversos aspectos éticos y legales que

surgen como consecuencia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

## CARACTERISTICAS DE LA EPIDEMIA POR HIV

Los Centros para Control de las Enfermedades *(Centers for Disease Control)* estiman que casi un millón de estadounidenses está infectado por HIV. Desde que esta infección se diagnosticó por primera vez a comienzos de la década de 1980, más de 200 000 personas han muerto a consecuencia de la enfermedad, principalmente homosexuales de raza blanca. Se espera que se produzcan de 80 000 a 100 000 nuevos casos de la infección al año y se cree que esta tasa aumentará conforme la supervivencia de los pacientes infectados por HIV se prolongue. Aunque los homosexuales de raza blanca siguen constituyendo el mayor grupo de individuos infectados, la incidencia de la infección va en aumento en otros grupos, como adolescentes, usuarios de drogas por vía intravenosa, mujeres y comunidades de color. El SIDA se ha transformado en una de las principales causas de muerte de adolescentes y adultos jóvenes, en particular en áreas urbanas.

Las estrategias de prevención han colaborado a estabilizar las tasas de nuevas infecciones entre hombres homosexuales de raza blanca, pero los individuos que continúan participando en comportamientos de alto riesgo quizá lo hagan por motivos diversos y complejos. Los factores sociales y políticos probablemente desempeñen un papel importante (p. ej., el "poder" que conlleva el intercambio de agujas). Algunos individuos carecen de acceso a la información, orientación o tratamiento en su idioma natal o en términos que les resulten culturalmente pertinentes.

La morbilidad psiquiátrica también desempeña un papel en la transmisión del HIV. Por ejemplo, una persona con manía, tipificada por sentimientos de invulnerabilidad y aumento del impulso sexual, quizá participe en mayor toma de riesgos. Por otra parte, la mala percepción de la realidad puede entorpecer el criterio de las personas psicóticas. El abuso de alcohol y de sustancias a menudo se considera factor de riesgo potencial, pero inclusive esta relación es poco clara: por ejemplo, el uso intravenoso de anfetaminas se correlaciona con tasas mucho más altas de infección por HIV que el uso de heroína intravenosa. Mientras que las estrategias de prevención tempranas se dirigían a suministrar información a los varones homosexuales de raza blanca, quizás actualmente se necesitan intervenciones que exploren aspectos sociales e interpersonales en diversos medios culturales y psicosociales.

## ASPECTOS PSIQUIATRICOS DE LA INFECCION POR HIV

La experiencia de someterse a detección del HIV causa mucha ansiedad. El proceso incluye evaluar los riesgos pasados, decidir someterse a la investigación del estado de HIV, tolerar el periodo de espera antes de contar con los resultados y prepararse psicológicamente para un resultado positivo o negativo. Los individuos con antecedentes de enfermedades psiquiátricas corren el riesgo de sufrir exacerbaciones durante este periodo que en general provoca tensión. Los antecedentes psiquiátricos cuidadosos deben incluir no sólo una revisión de las enfermedades sufridas en el pasado y su tratamiento sino también:

- atención a la motivación para solicitar una prueba de HIV en este momento;
- discusión explícita y no crítica de las prácticas sexuales y el uso de agujas;
- discusión de la relación entre los comportamientos de alto riesgo y los síntomas psiquiátricos, el uso de sustancias o ambos;
- guías sexuales más seguras y técnicas para limpieza de agujas;
- antecedentes de reacciones en el pasado y estrategias de adaptación a situaciones de tensión o traumáticas;
- resultado esperado de la prueba de detección del virus de inmunodeficiencia humana;
- plan de acción tanto para resultados positivos como negativos.

El médico no debe suponer que un resultado negativo signifique el final del proceso. La orientación después de la prueba debe enfocarse hacia estrategias para minimizar el comportamiento riesgoso. Por ejemplo, un paciente con trastorno bipolar quizá tenga relaciones sexuales impulsivas y sin protección, mientras experimenta periodo de manía o hipomanía, de modo que es conveniente que el médico insista en el cumplimiento con los medicamentos que estabilizan el estado de ánimo. La exploración del contexto en el que se produce el uso de sustancias (p. ej., en un bar, en la calle o cualquier lugar específico) quizá permita discutir tácticas para reducir los daños. El uso de anfetaminas que prevalece en particular en la costa oeste de Estados Unidos se ha correlacionado con un riesgo alto de infección por HIV. El médico debe ayudar al paciente a explorar de qué manera puede preservar su seguridad, aunque continúe usando sustancias y además debe asegurarse de que la persona sepa cómo usar el condón y cómo emplear el blanqueador para esterilizar las agujas.

Es probable que el curso de la afección psiquiátrica en pacientes con prueba positiva se altere; por ejemplo, quizá los estados de depresión o manía se intensifiquen en personas con trastorno del estado de ánimo y el uso de sustancias puede aumentar entre personas que ya emplean alcohol o drogas para controlar la tensión. La información que se obtenga en la sesión anterior a la prueba será muy valiosa para determinar el riesgo de suicidio o descompensación del paciente. La orientación después de la prueba para personas HIV positivas debe incluir apoyo emocional además de un plan para obtener cuidados médicos.

## ETAPA DE INFECCION ASINTOMATICA POR HIV

La infección por HIV a menudo precipita emociones y reacciones similares a las que se producen en otras enfermedades crónicas que ponen en peligro la vida. La seroconversión, el punto en el cual el paciente se hace HIV positivo (suponiendo que esté consciente de su estado portador) a menudo va acompañado de diversas emociones incluyendo una fuerte impresión, ira, culpa, ansiedad y negación. El médico debe ayudar al paciente resolviendo cualquier duda y en diversos aspectos. Estos aspectos incluyen revelación del estado HIV positivo a sus amigos, familiares y empleados, sentimientos de enajenación y aislamiento; decisiones sobre finanzas y trabajo, y preocupaciones con respecto a relaciones, cambios de la imagen corporal y crisis psicológicas y espirituales. Estas últimas a menudo incluyen la consideración de aspectos existenciales, como el significado de la vida y de la muerte, tanto desde la perspectiva filosófica como personal.

En muchos casos los pacientes tienen menos capacidad para aprovechar los recursos con que cuentan en el sistema de salud por el estado de ánimo preexistente y los trastornos psicóticos de personalidad o de uso de sustancias o por el extremo temor o negación. Algunos pacientes se enteran de que son HIV positivos tras contraer una infección oportunista, como neumoquistosis (neumonía por el parásito *Pneumocystis carini),* con un recuento bajo de linfocitos CD4 asociado. De este modo, algunos pacientes avanzan con rapidez de creer que son HIV negativos a tener que aceptar que tienen SIDA declarado.

El diagnóstico más frecuente en esta etapa es el trastorno de adaptación con síntomas de depresión, ansiedad o características emotivas mixtas y afecta de 10 a 20% de las personas HIV positivas. Puede producirse mayor vulnerabilidad a las tensiones en los jóvenes, o los que están sin empleo y con mal sistema de apoyo social o que usan la evasión como estilo principal de adaptación, incluyendo uso de sustancias u otros mecanismos de autodestrucción para escapar de la ansiedad a corto plazo.

Los nuevos fármacos han ejercido un impacto significativo en esta etapa. La expectativa promedio de vida se ha incrementado significativamente gracias al descubrimiento de inhibidores de proteasa y otros antirretrovirales novedosos que pronto saldrán a la venta. Sin embargo, la incertidumbre con respecto al pronóstico y el impacto a largo plazo de la generación más reciente de medicamentos para tratar el HIV constituye una fuente de tensión para muchas personas. Modificar la expectativa del propio margen de vida puede producir tensión en otros aspectos de tipo menos directo. Por ejemplo, algunos pacientes a mediados de la década de 1990 aprovecharon hipotecas que quedaban saldadas con la muerte o retiraron sus inversiones en pólizas de seguro de vida o se endeudaron basándose en la suposición de que morirían en un lapso de uno o dos años. Gracias al desarrollo de inhibidores de proteasa recuperaron su salud parcialmente pero afrontaron las cargas financieras en las cuales habían incurrido. Otras personas perdieron su estado de discapacidad y sus estipendios y tuvieron que buscar trabajo con rapidez para recuperarse de sus gastos y deudas.

## LA ENFERMEDAD NEUROPSIQUIATRICA EN LA INFECCION POR HIV Y SIDA

Antes de diagnosticar un trastorno psiquiátrico primario en un individuo HIV positivo, el clínico debe descartar otras enfermedades (tanto del sistema nervioso central como sistémico). Es de ayuda conocer los antecedentes psiquiátricos del paciente, nivel de supresión inmunitaria, historia clínica y medicamentos que ha tomado. La mayoría de los trastornos psiquiátricos en personas HIV positivas son tratables, pero es necesario realizar un diagnóstico preciso con base en los signos, síntomas y antecedentes.

Es fundamental efectuar una investigación completa física y de laboratorio para cuidar del paciente con HIV, sobre todo en HIV positivos que padecen demencia. La mayoría de los pacientes HIV positivos asintomáticos obtienen resultados positivos en la prueba del sistema nervioso central (SNC). Estos estudios suelen ser más anormales conforme los pacientes progresan hacia el SIDA. El análisis por punción lumbar de líquido cefalorraquídeo (LCR) a menudo indica pleocitosis y niveles más altos de proteínas. La tomografía computadorizada (TC) y la resonancia magnética craneal suelen indicar diversos tipos de anormalidades, incluyendo anormalidades focales por infecciones oportunistas como toxoplasmosis o atrofia generalizada y aumento de tamaño ventricular.

## DEMENCIA ASOCIADA CON HIV

El **complejo cognoscitivo/motor asociado con HIV-1** constituye la categoría diagnóstica general para el síndrome que se manifiesta en personas infectadas por HIV que presentan síntomas incapacitantes de tipo cognoscitivo, motor y de comportamiento, los cuales interfieren con su funcionamiento social y ocupacional. Existen tres subtipos:

- **complejo de demencia asociada con HIV-1** (llamada con anterioridad encefalitis subaguda, encefalopatía por HIV y demencia relacionada con SIDA);
- **mielopatía relacionada con HIV-1** (llamada anteriormente encefalopatía por HIV);
- **trastorno cognoscitivo** y **motor de tipo menor asociad con HIV** (antes llamado trastorno neurocognoscitivo relacionado con HIV-1 o anormalidades neurológicas y de comportamiento secundarias a HIV-1).

Estos tres síndromes quizá representen una entidad única con un amplio espectro de presentaciones clínicas y gravedad, o pueden constituir síndromes discretos. La manifestación de los dos primeros tipos, que son más graves, basta para un diagnóstico de SIDA. Suelen presentarse combinados con otras enfermedades que definen al SIDA y en general se observan en personas con recuentos bajos de CD4. La tercera forma, más leve, no basta para emitir el diagnóstico de SIDA aunque quizá se observe en pacientes que ya padecen ese síndrome.

### Incidencia

Los estudios realizados en la década de 1980 sugirieron que una gran mayoría de las personas con SIDA desarrollarían demencia y que muchas personas HIV positivas en etapas tempranas presentarían problemas cognoscitivos notables que interferirían con su vida cotidiana. Estudios más modernos estiman que la incidencia actual de demencia secundaria a HIV (DSH) es de 7 a 14%, y muchos estudios indican que no se produce disfunción cognoscitiva importante en personas con recuentos altos de CD4.

La investigación más reciente del *National Institute of Mental Health (NIMH,* Instituto Nacional de Salud Mental) parece convergir con estas opiniones: 16% de los varones HIV negativos en riesgo presentaron afectación cognoscitiva leve, 33 % de los varones HIV-positivos asintomáticos mostraron afectación, y 44% de las personas en etapa tardía de SIDA presentaron demencia leve o más grave. Los criterios que se aplicaron para determinar la demencia crean un umbral que tiene implicaciones para la incidencia, ya que un umbral más bajo produce mayor detección de enfermedad más leve. Si se efectúa una observación cuidadosa con medidas sensibles, es posible detectar afectación cognoscitiva sutil o subaguda en muchas personas; pero, la mayoría de los pacientes en etapa temprana presentan problemas cognoscitivos tan leves que las observaciones no son clínicamente pertinentes. El problema de la demencia suele ser más importante en personas con enfermedad más avanzada por el virus de inmunodeficiencia humana.

### Causas

La demencia es una complicación bien conocida del HIV, que es por causa de otra enfermedad del SNC, o al efecto directo del HIV en el cerebro humano. Los estudios revelaron evidencia del virus de HIV en 90% de los pacientes sometidos a autopsia que padecían demencia, y esta evidencia indica que él virus de HIV puede invadir el SNC desde el comienzo del curso de la infección; no obstante, este virus casi nunca se detecta en las neuronas. En vez de ello, se encuentra en las células mononucleares y microgliales, y ocasionalmente en las células del endotelio. El virus muestra particular afinidad hacia los macrófagos, esto produce inflamación y muerte celular.

Aunque no se llevan a cabo biopsias cerebrales como herramienta diagnóstica estándar, las autopsias han revelado diversos cambios neuropáticos, incluyendo gliosis astriocítica (inflamación de las células que ayudan a recoger los subproductos del metabolismo neuronal y forman tejido cicatrizal en las porciones dañadas del SNC), nódulos microgliales (formaciones densas en las células que funcionan como fagocitos o limpiadores del SNC) y cambios en las vacuolas. Las células gigantes multinucleadas que se derivan de los macrófagos constituyen el signo de infección del virus de inmunodeficiencia humana en el sistema nervioso central. Las células mononucleares o astrocitos son capaces de producir citocinas que interfieren con el funcionamiento neuronal. Estas células posteriormente generan metabolitos neurotransmisores anormales (como ácido quinolínico) de tipo neurotóxico. Los fragmentos virales interfieren con el funcionamiento neuronal enlazándose en sitios receptores críticos. El resultado a nivel de órganos finales es enfermedad de la materia blanca de tipo difuso y atrofia, visibles en las etapas tardías en la tomografía computadorizada o en la resonancia magnética craneal. El LCR obtenido por punción lumbar suele indicar datos inespecíficos como aumento de proteínas y del recuento de leucocitos. Esta área de investigación es muy importante porque quizá la disfunción neuronal sea reversible en las etapas tempranas de enfermedad del SNC, ya que las neuronas no son invadidas directamente por el HIV-1.

## Manifestaciones clínicas

A nivel clínico, la demencia asociada con HIV-1 es similar a otras demencias, como las que se producen en enfermedad de Alzheimer, por infartos múltiples o relacionadas con el alcohol, con alteración de la memoria a corto plazo, de la concentración de las capacidades visuoespaciales y de la capacidad de abstracción además de cambios de personalidad y comportamiento. Por lo general, el HIV produce un patrón subcortical de disfunción cognoscitiva similar a la demencia por corea de Huntington, que da lugar a funcionamiento psicomotor más lento, lenguaje relativamente intacto, apatía y anormalidades de la marcha. Aunque las personas con demencia cortical tienen dificultad en aprenderse el nombre de los objetos en la prueba de memoria a corto plazo y tienen probabilidades de inventar las respuestas cuando se les preguntan dichos objetos cinco minutos después, las personas con HIV presentan menos dificultad para aprender los objetos de prueba. Suelen tener dificultad para recordar estas palabras cinco minutos después, pero con ayuda a menudo recuerdan, si sólo padecen demencia de leve a moderada. Por lo tanto, los problemas de memoria de la demencia secundaria a HIV indican que se afecta la recuperación de memoria a corto plazo, pero no el nuevo aprendizaje.

El complejo de demencia secundario a HIV-1 se caracteriza por afecciones cognoscitivas discapacitantes, generalmente acompañadas por disfunción motora, cambios de comportamiento o ambas cosas. Sus manifestaciones incluyen:

- mala concentración,
- olvidar las cosas (mala memoria reciente, en particular olvido rápido de la información adquirida),
- procesos mentales lentos,
- alteraciones del habla (p. ej., habla más lenta y en tono más bajo),
- confusión declarada (congruente con delirio), que puede complicar la presentación clínica,
- problemas espaciales y desorientación,
- desorientación temporal,
- problemas en el sistema ejecutivo frontal, incluyendo malas destrezas conceptuales, dificultad para secuencias y rastreo y mala flexibilidad mental,
- signos de liberación del lóbulo frontal como reflejos glabelares, palmar-mental y del "hocico" (signos neurológicos provocados en el examen físico),
- cambios de comportamiento (p. ej., apatía, letargo, pérdida del impulso sexual, disminución de las respuestas emotivas, aislamiento social, irritabilidad y mayor inflexibilidad ante los cambios),
- síntomas motores tempranos, incluyendo temblores, marcha poco firme y debilidad que es mayor en las extremidades superiores que inferiores,
- síntomas motores tardíos, incluyendo movimientos rápidos más lentos, falta de coordinación de miembros, hiperreflexia (aumento de los reflejos tendinosos profundos), hipertonía (aumento del tono motor), y neuropatía periférica (p. ej., disminución de la percepción del dolor y de la temperatura en manos y pies).

La mielopatía secundaria a HIV-1 se refiere a la afección en la cual las personas presentan mayor disfunción muscular que afectación cognoscitiva e incluye lo siguiente:

- perturbación progresiva de la marcha,
- espasticidad de extremidades inferiores,
- debilidad de las piernas y espasticidad (paraparesia),
- respuestas extensora-plantar (dorsiflexión del dedo gordo debido a patología de neurona motora superior),
- incontinencia urinaria,
- leve afectación cognoscitiva.

En la forma más leve, conocida como disfunción cognoscitiva y motora de tipo menor secundaria a HIV-1, sólo se detectan alteraciones cognoscitivas mediante pruebas neuropsicológicas detalladas, aunque nada más son clínicamente evidentes en situaciones bastante demandantes. Quizá el examen de estado de salud mental sea normal, sin embargo, los síntomas incluyen:

- falta de atención y alteración de la concentración (que se evidencia por dificultades para efectuar la serie de sietes, contar de atrás para adelante y realizar pruebas de concentración más difíciles),
- leve pérdida de la memoria (recuerdo retrasado bajo en relación con el recuerdo inmediato o recuerdo inmediato bajo en relación con los compañeros),
- movimientos psicomotores más lentos,
- afecto inexpresivo,
- examen neurológico normal en la mayoría de los casos.

## Diagnóstico diferencial

Es preciso tener cuidado de descartar las causas tratables de la demencia que incluyen enfermedades infecciosas del SNC como toxoplasmosis, citomegalovirus (CMV) y neurosífilis, trastornos de la tiroides, deficiencias vitamínicas y efectos secundarios de los medicamentos.

Los síntomas de depresión pueden empalmarse con la demencia secundaria a HIV, por lo que deben considerarse con cuidado. En algunos casos las perso-

nas presentan un cuadro clínico de depresión y demencia combinadas. Si es imposible efectuar la separación práctica de ambas entidades, quizá sea conveniente aplicar el tratamiento estándar para depresión, que consiste en psicoterapia y medicamentos antidepresivos. En muchos casos, la capacidad cognoscitiva y otras medidas de la demencia mejoran al suministrar dosis terapéuticas de antidepresivos.

### Pronóstico

La demencia secundaria a HIV grave afecta a personas con recuentos bajos de CD4 (por lo general inferiores a 200) y se relaciona con una expectativa de vida breve, del orden de seis meses, aunque estas cifras no se han actualizado para incluir los beneficios de los agentes antirretrovirales.

En estudios efectuados a fines de la década de 1980, casi la tercera parte de los pacientes HIV-1 presentaba por lo menos un grado leve de demencia. Quizá el uso de AZT los haya protegido contra la demencia, ya que tiene actividad contra el HIV, inclusive en el líquido cefalorraquídeo y mejora la supervivencia de los pacientes HIV positivos. Como los medicamentos antiretrovirales no atraviesan la barrera hematoencefálica y el virus del HIV penetra con facilidad el SNC, actualmente existe la preocupación de que el margen de vida más prolongado para personas HIV positivas también sea acompañado por un incremento en la incidencia de la demencia secundaria al mencionado virus.

### Tratamiento

El tratamiento toma en cuenta los siguientes principios:

- llevar a cabo una investigación completa para caracterizar la causas de la demencia, si es posible;
- valorar y tratar las causas reversibles de demencia (como neurosífilis, medicamentos, anormalidades endocrinas);
- disminuir las afecciones relacionadas que compliquen la demencia como delirio, depresión, uso de sustancias y desnutrición;
- valorar la capacidad del paciente para realizar actividades cotidianas: quizá sea necesario colocar a los pacientes incapaces de cuidar de sí mismos en algún medio seguro, o requieran una enfermera en el hogar;
- proporcionar apoyo e instrucción a las familias: los grupos de apoyo, y para personas en periodo de duelo, pueden desempeñar un papel importante.

Arturo C, un joven de 32 años, padecía SIDA y fue hospitalizado por neumonía neumoquística y "porque no mejoraba". Estaba sumamente desnutrido y ensimismado y presentaba problemas de afectación de la memoria y la concentración de las pruebas cognoscitivas. Además lloraba con frecuencia, tenía pensamientos obsesivos acerca de la muerte y presentaba varios de los síntomas clave de la depresión grave. Su neumonía mejoró, por lo que el equipo de cuidado de salud consideró colocarlo en un hospicio. Continuó requiriendo ayuda para vestirse y alimentarse. Mientras esperaba ser enviado al hospicio se le comenzaron a administrar antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). En las dos semanas su estado de ánimo, memoria y concentración habían mejorado y comenzó a participar de manera mucho más activa en sus cuidados personales. Cuando se dispuso de un lecho en el hospicio, él ya era capaz de cuidar de sí mismo en su hogar con ayuda parcial de una enfermera visitante a pesar de que la deficiencia cognoscitiva leve continuó.

**Diagnóstico.** Demencia y depresión secundaria a SIDA (eje I); SIDA, neumonía (eje III).

## SINDROMES DEPRESIVOS

Los síndromes depresivos que se presentan en personas HIV positivas incluyen episodios de depresión grave, distimia (depresión crónica) y trastorno de adaptación. Los estudios actuales sugieren que la tasa de depresión grave en personas HIV positivas es aproximadamente el doble que la de controles saludables. Los hospitalizados tienen aún más probabilidades de sufrir depresión. Cuando el paciente tiene antecedentes de depresión, corre mayor riesgo de presentarla nuevamente en el curso de la infección con el virus de inmunodeficiencia humana.

### Diagnóstico diferencial

Es preciso descartar procesos del SNC como toxoplasmosis, meningitis criptocócica, leucodistrofia multifocal progresiva (LMP) y linfoma antes de proceder a dar tratamiento. A menudo las personas infectados por HIV siguen regímenes complejos de medicamentos, algunos de los cuales provocan depresión. Los síntomas de demencia en ocasiones se empalman con los de depresión, particularmente los movimientos psicomotores lentos que se observan en los patrones subcorticales de demencia secundaria al virus de inmunodeficiencia humana.

La concurrencia de cualquier enfermedad física puede complicar el diagnóstico de depresión por el empalme de síntomas como letargo y fatiga; insomnio; mala concentración, o reducción de la energía, el apetito o el peso. Por lo tanto, el clínico debe basarse específicamente en el estado de ánimo y los sentimientos de tristeza, culpa, desesperación y anhedonía (falta

de placer al realizar la mayoría de las actividades) e ideas suicidas que el paciente le revele. En caso de que existan ideas suicidas, el médico debe dar seguimiento con las preguntas estándar sobre la frecuencia con que se producen estos pensamientos, investigar si la persona tiene algún plan para suicidarse y si existen antecedentes personales o familiares de intentos de suicidio. No debe subestimarse el riesgo de suicidio en personas con HIV. Entre las causas de muerte de los pacientes HIV positivos, el suicidio ocupa únicamente el segundo lugar después de las complicaciones médicas de la enfermedad.

### Tratamiento

Del mismo modo que antes se consideraba que quienes padecían enfermedades crónicas como cáncer "presentaban depresión adecuada", teniendo en cuenta la presencia de una enfermedad que amenaza la vida, y por lo tanto no se considera necesario el tratamiento, quizás exista un prejuicio para tratar la depresión en personas HIV positivas. No obstante, los estudios clínicos han demostrado una y otra vez que la depresión se vincula con sufrimiento significativo y en pacientes médicamente enfermos, la depresión a menudo reduce el apego al tratamiento con medicamentos, además de aumentar la mortalidad por diversos mecanismos. Se sospecha que la depresión reduce el funcionamiento eficaz del sistema inmunitario del organismo, poniendo en peligro el bienestar físico de la persona.

El tratamiento de la depresión en personas HIV positivas incluye psicoterapia con la posible adición de medicamentos antidepresivos en caso de que la depresión sea de grado moderado o grave. Dada la dificultad para establecer si el paciente se encuentra deprimido o distímico, teniendo en cuenta que padece una enfermedad médica, crónica de tipo grave, quizá los clínicos necesiten dar tratamiento empírico en ausencia de un diagnóstico firme. Las diversas formas de psicoterapia son de ayuda, incluyendo terapia psicodinámica individual o terapia cognoscitiva y psicoterapia de grupo.

Las personas HIV positivas quizá sean significativamente más sensibles a todos los medicamentos psicotrópicos y a sus efectos secundarios; por lo tanto, es preciso evitar ciertos medicamentos y usar otros con cautela. Los antidepresivos tricíclicos (ATC) con fuertes propiedades anticolinérgicas como amitriptilina o clomipramina no deben emplearse por el riesgo de. inducir delirio anticolinérgico. Los pacientes con ideas suicidas pueden con facilidad ingerir una sobredosis de antidepresivos tricíclicos.

Los antidepresivos inhibidores específicos de la recaptura de serotonina (ISRS) son eficaces en pacientes HIV positivos, pero deben iniciarse a dosis bajas y aumentarse gradualmente para reducir los efectos secundarios, que pueden incluir agitación, insomnio, náusea, cefalea y disminución del impulso sexual. La náusea puede resultar particularmente problemática en personas HIV positivas que ya se encuentran desnutridos.

Se han empleado psicoestimulantes para tratar la depresión en pacientes médicamente enfermos, incluyendo personas infectadas con HIV. Los psicoestimulantes aliviar con rapidez los síntomas de depresión, en ocasiones en pocos días, pero quizá supriman el apetito del paciente o induzcan psicosis. Todo medicamento antidepresivo tiene el potencial para inducir estados de manía en personas que padecen trastorno bipolar conocido o no diagnosticado previamente.

Roberto L, un joven homosexual de 35 años, se enteró de que era HIV positivo dos años antes, cuando se sometió a la prueba tras la muerte de un pariente cercano a consecuencia de SIDA. Aunque se había sentido muy abrumado y deprimido en esa fecha, no solicitó tratamiento. En esta ocasión se presentó a una clínica como externo con síntomas de depresión caracterizados por insomnio, tristeza, disminución de la energía, dificultad para concentrarse, ideas suicidas transitorias y culpa por haber terminado la relación de un año de duración con su amante.

Gran parte de sus horas de vigilia las pasaba planeando de manera obsesiva cómo regresar con su ex amante, ya que consideraba que era la persona que realmente la había apoyado y comprendido desde que se descubrió su estado HIV positivo. Lloraba con facilidad y se sentía abrumado e impotente. Dentro del contexto de la psicoterapia y los servicios de control de caso, se inició el tratamiento del Sr. L con la mitad de la dosis de paroxetina, 10 mg por la mañana. Por su ansiedad aguda e insomnio, también se le prescribió loracepam (0.5 mg), según fuera necesario, para ayudarlo a controlar sus sentimientos durante la crisis. Sus síntomas mejoraron considerablemente después de algunas semanas, por lo que el loracepam se descontinuó en forma gradual.

Diagnóstico. Depresión grave (eje I); depresión por HIV (eje III).

## MANIA

### Diagnóstico diferencial

Los síntomas de manía tienen presentación poco usual en personas HIV positivas. El diagnóstico diferencial completo incluye detección de trastorno bipolar preexistente, pero es preciso buscar otras causas. Algunos medicamentos como la prednisona y la iso-

niacida inducen manía y también las enfermedades del sistema nervioso central y el uso de cocaína y metanfetamina. Parece que los efectos citotóxicos del virus HIV en el cerebro son capaces de producir manía, según se observa por la tasa mayor de lo esperado de manía en pacientes HIV positivos que carecen de antecedentes previos o familiares que los coloquen en riesgo de enfermedad psiquiátrica primaria.

### Tratamiento

El tratamiento para los episodios de manía incluye neurolépticos y un estabilizador del estado de ánimo (p. ej., carbonato de litio, ácido valproico o carbamacepina). Quizá el litio sea menos eficaz para prevenir episodios futuros de manía que los anticonvulsivos. En pacientes tratados con litio antes de la infección por HIV, el médico debe considerar cambiar alguno de los anticonvulsivos. La enfermedad por HIV promueve desplazamientos del volumen de líquidos (p. ej., por medio de diarrea), por lo que los pacientes corren mayor riesgo de sufrir toxicidad si toman litio. Algunos médicos no consideran conveniente recetar carbamacepina a las personas HIV positivas a consecuencia de su efecto secundario potencial de reducir el recuento de leucocitos, pero esto parece ser más una preocupación anecdótica que de prescripción. Las personas que padecen manía grave también pueden presentar síntomas psicóticos *y* quizá requieran tratamiento psiquiátrico como internos.

Silvia S, una mujer de 22 años, ingresó al servicio médico con fiebre de origen desconocido y estado mental alterado dentro del contexto de SIDA (su recuento de CD4 era cercano a 100). La placa torácica reveló neumonía bacteriana que fue tratada hasta su resolución con antibióticos intravenosos, pero su estado mental no mejoró. La Srita, S sufría de un ciclo bastante perturbado de sueño y vigilia, hablaba de manera rápida y tangencial y desorganizada y tenía conducta hiperreligiosa, ya que creía que tenía la misión divina de salvar al mundo.

La investigación médica extensa fue inconclusa. La TC y la IRM fueron normales, la prueba de reagina plasmática rápida (RPR) (para sífilis) fue no reactiva, la punción lumbar reveló leve elevación de proteínas, pero los demás datos fueron normales, igual que los obtenidos en las pruebas hematológica y de química (con excepción del recuento de CD4) tras el tratamiento para la neumonía. Se le receto perfenacina a dosis bajas (4-8 mg) y loracepam (0.5-1 mg), cuando fuera necesario, para ayudar a controlar su perturbación del comportamiento. Fue transferida a una unidad psiquiátrica como interna para estabilización posterior.

Los antecedentes obtenidos de fuentes colaterales revelaron que la Srita. S había estado empleando metanfetaminas la semana anterior a su ingreso, pero con anterioridad su funcionamiento había sido relativamente bueno y carecía de antecedentes psiquiátricos formales. Además, su familia tampoco tenía antecedentes psiquiátricos. Aunque su ciclo de sueño y vigilia se estabilizó (ya no dormía durante el día) sólo lograba dormir tres o cuatro horas por la noche. A menudo se desvestía en la unidad y se quedaba mirando al techo y gritaba "¡Yo soy Jehová!"

El equipo decidió administrarle ácido valproico (250 mg tres veces al día),, para controlar sus síntomas de manía. La dosis se aumentó con rapidez a 2 500 mg diarios en dosis divididas, con niveles sanguíneos terapéuticos. Las ilusiones de la Srita. S y sus pensamientos desorganizados disminuyeron en las siguientes semanas y por primera vez comenzó a tener conversaciones basadas en la realidad con el personal. Fue dada de alta a un sitio de tratamiento residencial para estabilización más amplia.

Diagnóstico. Trastorno bipolar, fase de manía, contra manía secundaria a infección por HIV o uso de sustancias (eje I); SIDA (eje III).

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las personas infectadas por HIV corren el riesgo de padecer distintas manifestaciones de ansiedad, incluyendo episodios de ansiedad generalizada, además de ataques de pánico agudo. Estos trastornos se presentan en cualquier etapa de la enfermedad.

### Diagnóstico diferencial

Siempre es preciso descartar las causas médicas de la ansiedad, incluyendo supresión de alcohol o efectos secundarios de medicamentos. Además es necesario considerar otros trastornos psiquiátricos como depresión con síntomas, prominentes de ansiedad. El delirio temprano por alguna enfermedad médica como la neumonía quizá se manifieste como ansiedad en etapas tempranas. La tensión psicológica producida por el HIV quizá reactive viejos trastornos de ansiedad. Los enfermos generalmente se sienten muy ansiosos mientras aguardan los resultados de la prueba de HIV o la determinación de la carga viral y otros indicadores de la progresión de la enfermedad. Las complicaciones posteriores como retinitis por CM V provocan ceguera progresiva y pueden ocasionar considerable sufrimiento emocional.

Las personas HIV positivas también corren riesgo de sufrir trastorno de tensión postraumática (TTPT) a consecuencia de procedimientos médicos penetrantes. Las múltiples defunciones de amigos a consecuencia

del SIDA a menudo producen síntomas de distanciamiento emocional y fenómenos intrusivos similares a los de TTPT. Quienes continúan sintiéndose bien a pesar de su enfermedad pueden desarrollar culpa por sobrevivir, lo mismo le sucede a los individuos HIV negativos que tienen amantes o amigos HIV positivos. Algunos estudios sugieren elevados grados de sufrimiento emotivo entre los hombres homosexuales HIV negativos derivados de estos factores y también de la marginalización general de los homosexuales por la sociedad.

### Tratamiento

El tratamiento de los trastornos de ansiedad varía dependiendo de la sintomatología. Algunas de las opciones son psicoterapia, tratamiento de los trastornos existentes de uso de sustancias, y modificación del comportamiento a través del ejercicio o con técnicas de relajación, por ejemplo. Las benzodiacepinas son de utilidad para controlar la ansiedad aguda con dos riesgos importantes: en primer lugar, en personas que padecen demencia las benzodiacepinas promueven el pensamiento confuso y el delirio. Los neurolépticos de potencia intermedia, a dosis bajas, son de ayuda para reducir la ansiedad en este grupo de personas. Segundo, el clínico debe vigilar cuidadosamente las interacciones farmacológicas, en especial con algunos inhibidores de proteasa que pueden inhibir el metabolismo de las benzodiacepinas. La buspirona o las dosis bajas de antidepresivos son útiles para estados de ansiedad de tipo más crónico y generalizados. Los antidepresivos no activadores como paroxetina y nefazodona se prefieren para sintomatología de tipo más agudo, como el trastorno de pánico.

Varios meses tras la muerte de su compañero de cuatro años a consecuencia del SIDA, Jesús D decidió someterse a una prueba de HIV por primera vez. Aunque él Sr. D había sido la víctima de abuso físico en la relación, idealizó a su compañero después de su muerte. A menudo habían empleado alcohol y anfetaminas de manera conjunta, pero el Sr. D decidió abandonar esta conducta y alcanzar la sobriedad. Había estado sobrio por un mes cuando se enteró que era HIV positivo.

Días después su diagnóstico se modificó a SIDA, con base en el recuento de CD4 inferior a 200 y en el diagnóstico de sarcoma de Kaposi para las lesiones que presentaba en brazos y cara. Además, el Sr. D comenzó a experimentar dolor en el tórax y desarrolló una tos. Se agregó una TC torácica a la extensa investigación médica. El Sr. D se presentó al médico que lo controlaba en una crisis caracterizada por intenso temor, insomnio, pesadillas, excitación autónoma, depresión e ideas suicidas. Posteriormente fue hospitalizado. Una vez en la unidad de internos, sus ideas suicidas desaparecieron y su sueño mejoró; sin embargo, siguió sintiéndose ansioso y abrumado. Su ansiedad se exacerbó por las noticias de que la TC reveló sarcoma de Kaposi pulmonar.

El personal decidió proceder con un plan de tratamiento multifactorial. Los miembros del personal se reunían individualmente con el Sr. D con frecuencia a lo largo del día, para darle instrucción sobre aspectos médicos, apoyarlo en su sobriedad y ayudarlo a desarrollar estrategias de adaptación. Un grupo de apoyo para personas con HIV de la unidad también le ayudó a controlar su ansiedad. Se le recetó buspirona (S mg tres veces al día) y loracepam (1 mg), cada que fuera necesario, para la ansiedad.

El equipo de tratamiento organizó una conferencia entre el Sr. D y sus diversos proveedores de salud, incluyendo el médico que controlaba su caso, un director del programa de abuso de sustancias residencial, su médico de cuidados primarios, y una enfermera de psicoeducación visitante, y el equipo de cuidados de pacientes internos. Se formuló un plan completo de tratamiento, el cual proporcionó la estructura necesaria y alivió en forma considerable los temores del Sr. D. El fue dado de alta a una instalación residencial para tratar el abuso de sustancias e inició tratamientos médicos agresivos. Su ansiedad mejoró bastante y pudo preservar su sobriedad. Tres meses después requirió una estancia hospitalaria de una noche por ideas suicidas durante la cual la dosis de buspirona se duplicó, pero en general continuó sintiéndose bien emocionalmente y se mantuvo sobrio.

**Diagnóstico.** Trastorno de adaptación con rasgos emotivos mixtos (eje I); SIDA, sarcoma de Kaposi (eje III).

## TRASTORNOS PSICOTICOS

La psicosis es una complicación poco frecuente de la infección por HIV que ocurre con mayor frecuencia como manifestación de algún trastorno psiquiátrico preexistente como manía, depresión y esquizofrenia, pero en ocasiones es una complicación producida por el propio virus de inmunodeficiencia humana.

### Diagnóstico diferencial

Las enfermedades del sistema nervioso central, el uso de drogas (en particular estimulantes o alucinógenos) y la demencia grave también se complican por alucinaciones o delirios. Algunos de los medicamentos

que se emplean para tratar la infección por HIV y sus complicaciones ocasionan psicosis. El delirio puede simular psicosis; cuando el paciente tiene nivel alterado de conciencia, que aumenta y disminuye, se debe considerar la posibilidad de delirio y excluir las enfermedades médicas. Los pacientes gravemente psicóticos pueden ser bastante desorganizados, suicidas o constituir un peligro para otros y quizá sea conveniente ingresarlos a la unidad psiquiátrica como internos para observación y tratamiento.

#### Tratamiento

Los antipsicóticos constituyen un tratamiento eficaz para la psicosis, pero es necesario evitar aquellos medicamentos con fuertes efectos secundarios anticolinérgicos y emplear dosis bajas. Los efectos secundarios ocurren con mayor frecuencia en individuos HIV positivos que en los HIV negativos. Este tipo de efectos incluyen síntomas extrapiramidales, acatisia y síndrome neuroléptico maligno (SNM). Este último se caracteriza por cambios de rigidez motora, disfunción del sistema nervioso autónomo y delirio y conlleva una elevada tasa de mortalidad. Cuando se sospeche SNM será preciso descontinuar los neurolépticos e iniciar cuidados de apoyo.

## DELIRIO

Las personas HIV positivas a menudo presentan delirio, también llamado *delirium,* en particular si han padecido demencia, se encuentran hospitalizadas o tienen enfermedad avanzada. Las enfermedades del SNC, las enfermedades sistémicas y el uso de drogas también son factores de riesgo en el paciente HIV positivo. El delirio suele ser subdiagnosticado y recibe poco tratamiento, en particular cuando el paciente presenta delirio de tipo callado (hipoactivo) con manifestaciones sutiles. Los síntomas incluyen alteración del nivel de conciencia, disfunción cognoscitiva, alucinaciones e ideas delirantes. El inicio del delirio suele ser abrupto y a menudo se produce en pocas horas o días.

### Diagnóstico diferencial

El delirio o *delirium* a menudo es consecuencia de alguna enfermedad médica subyacente y la primera prioridad en la investigación y diagnóstico es determinar su causa. Las personas HIV positivas toman diversos medicamentos y algunos pueden provocar delirio, de modo que será necesario simplificar el régimen de medicamentos tanto como sea posible. Los agentes anticolinérgicos en particular provocan delirio en pacientes HIV positivos.

### Tratamiento

El tratamiento debe dirigirse a corregir la afección médica subyacente. Algunas ayudas para el comportamiento, como objetos familiares del hogar, colaboran a qué el paciente se oriente. Se emplean medicamentos en caso adecuado (p. ej., benzodiacepinas para el delirio *[delirium]*provocado por uso de alcohol y antipsicóticos de-alta potencia a dosis baja para otras causas).

## DEPENDENCIA Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Las condiciones de dependencia y abuso de sustancias afectan drásticamente diversos aspectos del cuidado de los pacientes. La alteración del juicio y del control de los impulsos, que son frecuentes en personas que abusan de sustancias, constituyen factores de riesgo importantes para la transmisión del HIV y los médicos pueden colaborar a los esfuerzos de prevención dando tratamiento agresivo a los pacientes que presenten estos síntomas. La alteración del juicio y del control de los impulsos también ejerce un efecto negativo sobre los cuidados médicos en general, y en lo particular por lo que respecta a la adherencia y los medicamentos en especial en regímenes de tratamiento complejos con medicamentos antirretrovirales. El seguimiento incompleto o impreciso de estos regímenes, en teoría, podría acelerar el desarrollo de cepas de virus de HIV resistentes al tratamiento.

La respuesta individual de los pacientes al HIV es variable. En general, quienes presentan problemas de uso de sustancias se adaptan peor a cualquier enfermedad crónica y la tensión que dicha enfermedad provoca puede alentar a los pacientes a abandonar el intento de mantener la sobriedad. En muchas personas, el uso de sustancias es una estrategia que se emplea para disminuir la ansiedad y ellos quizás experimenten mayor necesidad de drogas o alcohol para controlar el aumento de tensión. En otros casos, el estado HIV positivo quizá sirva como "llamada de advertencia" y aumente la motivación de la persona para dejar de usar drogas. Por ello es útil enviar a los pacientes a programas para rehabilitación de alcohol y drogas. Cuando el uso de sustancias se relaciona con otros trastornos psiquiátricos como trastornos de ansiedad o depresión, es probable que el tratamiento con psicoterapia y medicamentos también ayude a evitar el uso de sustancias.

## SUICIDIO

El riesgo de, suicidio en personas HIV positivas se estima que es de 17 a 36 veces más grande que, entre la población general y mucho más, alto que el que se observa en personas que padecen otras enfermedades crónicas. Estas cifras son conservadoras porque no es probable que incluyan algunos casos de sobredosis de drogas o suicidio pasivo producido por malos cuidados personales. Diversos factores contribuyen a esta elevada tasa de suicidio:

- elevada incidencia de trastornos psiquiátricos comórbidos como depresión, trastornos de la personalidad y uso de sustancias;
- falta de sistemas de apoyo disponibles para pacientes homosexuales (quienes afrontan tanto la marginación en la sociedad como pérdidas personales múltiples por el SIDA) y personas que usan sustancias;
- edad de incidencia relativamente menor, lo que puede crear menos tolerancia para progresión de la enfermedad;
- acceso a médicos y otros recursos para obtener grandes dosis de medicamentos que se emplean en intentos de suicidio;
- falta de acceso a servicios de salud mental.

A consecuencia de la elevada tasa de suicidio en personas HIV positivas, también es probable que muchos pacientes tengan amigos que hayan intentado suicidarse o lo hayan logrado. Por último, igual que en la corea de Huntington, es probable que la demencia relacionada con reducción del juicio y del control de los impulsos incremente el riesgo de suicidio.

Hasta hace varios años, la progresión de estado HIV positivo a SIDA a menudo era recibida con una sensación de alivio por parte de los pacientes. Ahora que se dispone de inhibidores de proteasa y el espectro de las enfermedades relacionadas con HIV se mide teniendo en cuenta los recuentos de CD4 y la carga viral total, los pacientes HIV positivos tienen motivos para esperar que se produzcan más avances en el tratamiento, o bien, que se encuentre una cura. Esto también contrasta con la situación en 1994, cuando se observó un incremento transitorio en intentos de suicidio entre pacientes HIV positivos después de que se diseminó la noticia de que los agentes anti-HIV que parecían prometedores en esa época, habían fallado en las etapas intermedias de tratamiento.

### Tratamiento

El tratamiento para pacientes suicidas HIV positivos sigue las guías que se emplean para otros pacientes con riesgo de dañarse a sí mismos. Un punto crítico en la valoración de cualquier paciente suicida consiste en tener en cuenta si es posible controlar al individuo como externo o se requiere hospitalización psiquiátrica. Cuando se emplean antidepresivos, se prefiere usar ISRS y otros antidepresivos más nuevos que los tricíclicos (ya que el suministro de éstos en una semana puede constituir una sobredosis letal). Se prefieren las citas frecuentes externas y los pacientes deben contar con acceso a otros contactos de urgencia en caso de aumento de las ideas suicidas.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las personas con infección por HIV quizá inspiren fuertes reacciones emotivas en los proveedores médicos y practicantes. Los sueños con respecto a personas HIV positivas son comunes entre los practicantes de medicina. Estas respuestas se forman según la percepción individual del proveedor de salud y la percepción social que se tiene del HIV. Las reacciones se complican cuando los pacientes son jóvenes y a consecuencia de sentimientos conscientes o inconscientes sobre la orientación sexual y el uso de sustancias. La presencia de afecciones psiquiátricas comórbidas, como trastornos del estado de ánimo, psicosis, delirio, demencia, trastornos de la personalidad o ideas suicidas, quizás acentúen aún más estos sentimientos. El temor a la contaminación puede influir en la actitud de los profesionales de la salud, en particular dada la posibilidad de contraer HIV por un piquete accidental de aguja contaminada. La identificación excesiva con los pacientes más jóvenes (cuando el médico se identifica con el paciente como si fuera él mismo) tiende a conducir a exceso de tensión e intervenciones médicas inadecuadamente agresivas. La falta de identificación quizá ocasione subtratamiento y mala relación entre el médico y el paciente por aburrimiento, distanciamiento, echarle la culpa al paciente y sentir ira contra él.

> Cierto estudiante de medicina asignado al cuidado de una persona con SIDA observó que el paciente presentaba profundas deficiencias cognoscitivas congruentes con demencia. Propuso una investigación de la demencia para excluir causas reversibles incluyendo toxoplasmosis y otras infecciones oportunistas. El supervisor interno se negó a respaldar la investigación diciendo "es una pérdida de tiempo y dinero intentar tratar a un persona con demencia". La estudiante de medicina discutió el caso en las rondas matutinas con el jefe de residentes, quien aprobó proceder. El interno reconoció que "se sentía agobiado por todos los casos de SIDA".

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Al tratar a personas que padecen SIDA surge una miríada de temas legales y éticos de tipo complejo. Desde que se descubrió la prueba para detectar el SIDA, la cuestión del acceso a las pruebas y la confidencialidad han plagado de preocupación a las clíni-

cas de salud, por lo que respecta a libertad civil. Es un requisito que los médicos notifiquen a los organismos de salud estatal los casos de pacientes con enfermedades de transmisión sexual como gonorrea o sífilis, por ejemplo, pero no se requiere reportar los casos de HIV. Algunos trabajadores de la salud argumentan en pro del derecho de pedir a los pacientes que se sometan a la prueba aun en contra de su voluntad, teniendo en cuenta la posible exposición a los líquidos corporales. Otros médicos, sin el consentimiento informado, infieren de manera ilegal el estado portador de HIV de los pacientes al ordenar recuentos de CD4 en las personas que se niegan a someterse a la prueba de detección del virus.

De manera similar, surgen diversos problemas cuando se intenta cumplir con los deseos del paciente. En el caso de un persona en etapa tardía que padece demencia, quizá los trabajadores de la salud tengan que decir si será conveniente colocarlo en una casa hogar, en un hospital o en una unidad psiquiátrica, aun en contra de su voluntad. En ocasiones, los médicos tienen que evaluar la capacidad del paciente para dar su consentimiento informado para procedimientos clínicos, por lo que respecta a órdenes de no reanimación y para protocolos de estudios experimentales.

Como ocurre en otras enfermedades crónicas graves, un número significativo de pacientes solicitará ayuda directa o indirecta de los médicos en caso de que decidan poner fin a su vida. Cierto estudio indicó que más de la mitad de los médicos que habían tratado a pacientes con SIDA en un área urbana amplia, habían ayudado a los pacientes con enfermedad terminal a morir. En este caso, el tema a discutir es si cada paciente tiene el derecho a elegir la muerte o si es necesario respaldar los valores de la sociedad. Los médicos se encuentran inmersos en este dilema y deben tener en cuenta además sus valores personales, la cuestión acerca de la manera en que la depresión o demencia afecta la capacidad del paciente para sopesar este tipo de elecciones y los peligros éticos y legales inherentes al papel del médico en caso de que se permita el suicidio con ayuda de este último.

Inclusive los procedimientos para llevar a cabo investigaciones científicas y desarrollar productos farmacéuticos han sido modificados de manera irrevocable y drástica por los profundos retos éticos que presenta esta epidemia. Los protocolos doble ciego y los estudios lentos y detallados de nuevos fármacos han sido reemplazados en parte por pruebas con diversas marcas y aprobación rápida por parte de la FDA. Los aspectos políticos sobre la manera de asignar recursos limitados, sea a esfuerzos continuos de. prevención de la infección por HIV, acceso a inhibidores de proteasa poco costosos o desarrollo de nuevos tratamientos, se ven influidos por preocupaciones éticas. No existe una respuesta fácil o una fórmula ante estos problemas de tipo tan complejo. En el medio clínico, la discusión abierta es de sumo valor. Siempre que sea posible, el equipo de ética (del cual se dispone rutinariamente en la actualidad en la mayoría de los hospitales) puede facilitar una conferencia que incluya al paciente y a la familia, los representantes de los diversos equipos de tratamiento, trabajadores sociales, clérigos o un consejero legal.

## CONCLUSION

A comienzos del siglo xx, la sífilis se consideró como la enfermedad médica más peligrosa. En la actualidad, lo mismo puede decirse de la infección por HIV. Dicha infección incluye diversos aspectos psiquiátricos. Los pacientes infectados por HIV corren el riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas y viceversa. Las manifestaciones psiquiátricas del HIV deben tenerse en cuenta en las diversas etapas de la infección, incluyendo preconversión, infección asintomática por HIV y etapas posteriores de la enfermedad. Es probable que se produzca depresión, manía, psicosis, uso de sustancias, delirio y demencia durante estas etapas, que requerirán valoración y tratamiento adecuados. Para vivir con el HIV, es necesario efectuar una adaptación similar a la necesaria en otras enfermedades crónicas, pero con algunas diferencias importantes. Comprender las reacciones del personal médico ante los pacientes con HIV y los aspectos éticos y legales que esta enfermedad plantea, constituyen componentes esenciales de los cuidados del paciente.

## REFERENCIAS


Bateson MC, Goldberg R: *Thinking AIDS: The Social Response to the Biological Threat.* Addison-Wesley, 1988.

Boccellari A, Zeifert P: Management of neurobehavioral impairment in HIV-1 infection. Psychiatr Clin N Am 1994;17(1):183.

Chesney MA, Folkman S: Psychological impact of HIV disease and implications for intervention. Psychiatr Clin N Am l994;17(l):163.

Cohen PT, Sande MA, and Volderbing P, eds: The AIDS Knowledge Base. 3rd ed. Lippincott Raven. 1998.

Fee E, Fox R: *AIDS: The Burden of History.* University of California Press, 1988.

Feldman D (editor): *Culture and AIDS.* Praeger, 1990.

Janicak PG: Psychopharmacotherapy in the HIV-infected patient. Psychiatr Ann 1995;25(10):609.

Koenig B, Cooke M: Physician response to a new, lethal

and presumably infectious disease: medical resident and the AIDS epidemic in San Francisco, The meaning of AIDS implications for medical science, clinical practice and public health policy. Stud Health Human Values 1989;(1):63.

Melton ST, Kirkwood CK, Ghaemi SN: Pharmacotherapy of HIV dementia. Ann Pharmacother 1997;31:457.

Monette P: *Borrowed Time: An AIDS Memoir.* Avon, 1988.

National Institutes of Health, Office of AIDS Research: http://www.nih.gov/od/oar/

National Library of Medicine HIV/AIDS Resources: http://sis.nlm.nih.gov/aidswww.htm

NIMH Office on AIDS. http://www.nimh.nih.gov/oa/news.htm

Shilts R: *And the Band Played On.* St. Martins, 1987.

Verghese A: *My Own Country: A Doctor's Story of a Town and Its People in an Age of AIDS.* Simon & Schuster, 1994.

Zeghans LS, Coates TJ (editors): Psychiatric manifestations of HIV disease. Psychiatr Clin N Am 1994:17(1).

# Aspectos de sistemas, grupos y familias

# 17

*David Elkin, MD*

La medicina moderna tiene un récord impresionante por lo que respecta a tratamiento y prevención de enfermedades. En la primera mitad del siglo xx se efectuaron notables avances, en particular en el área de biomedicina. Por desgracia, la naturaleza especializada y altamente tecnológica de los cuidados de salud modernos tiende a enfocarse en aparatos y sistemas singulares, excluyendo otras consideraciones de importancia, como el hecho de que el paciente es un ser humano o que es un individuo que forma parte de una familia o de la sociedad. De hecho, diversos determinantes de la salud física y emocional son característicos de niveles de organización más amplios: la familia, el empleo y la sociedad.

Para adquirir competencia en el trabajo con familias y otros grupos, los médicos deben familiarizarse con algunos de los elementos fundamentales de un método de sistemas y comprender los principios básicos de la psicología de grupo. En el presente capítulo se ilustran las aplicaciones de un método de. sistemas a diversos medios: grupos en general, familias y equipos médicos. Los cultos representan un caso especial de dinámica de grupo. Los médicos necesitan desarrollar las destrezas necesarias para trabajar en estos medios y deben estar conscientes de los niveles éticos y legales inherentes a trabajar con grupos y sistemas más amplios.

## FUNDAMENTOS TEORICOS CONSTITUTIVOS DE LA TEORIA DE SISTEMAS

La terminología y vocabulario que se emplean en medicina reflejan un sesgo hacia el reduccionismo y están mal adaptados para aplicarse a sistemas más amplios. Una breve revisión de los términos que se emplean con frecuencia en la teoría de sistemas servirá como glosario de términos esenciales y como punto inicial para introducir los conceptos teóricos más importantes.

Un **sistema** es un agregado, de partes o unidades que están interconectadas y que se influyen unas a otras. Dichas unidades pueden ser órganos, como ocurre en el cuerpo humano; personas, como ocurre en las familias y en otros grupos; o bien, grupos como ocurre en las comunidades o naciones. Las unidades individuales están unidas y se influyen mutuamente por la comunicación. La **teoría de la comunicación** concede importancia al flujo de información entre las personas u organizaciones.

Las distorsiones y rumores se transmiten con facilidad a través de los hospitales y dentro del sistema médico. Este problema es particularmente importante para prevenir errores en cuidados clínicos a consecuencia de malos entendidos y comunicaciones erróneas, y de minimizar las distorsiones. Considérese, por ejemplo, de qué manera un diagnóstico psiquiátrico erróneo (algún trastorno de la personalidad o de la esquizofrenia) sigue al paciente de uno u otro hospital, disponiendo a los médicos que lo examinan a efectuar observaciones que confirmen el mismo diagnóstico.

Algunas ideas que se inician a partir de una sola persona persisten y se diseminan afectando el comportamiento de grandes grupos o naciones y se transforman en fuerzas impulsoras como religiones o movimientos políticos. Algunos sociólogos, biólogos e historiadores llaman a estas ideas **memes.** Parece que las memes tienen una vida propia y se propagan por "replicación" de uno a otro individuo de manera metafóricamente similar a los virus que emplean las células huésped para generar y diseminar copias de sí mismos.

La teoría de comunicaciones también incluye el concepto de **retroalimentación.** El ejemplo más conocido para los estudiantes es el proceso de ser evaluado, casi siempre mientras se efectúa alguna rotación clínica y a menudo para obtener una calificación. Los pacientes se sensibilizan al recibir retroalimentación de sus médicos con respecto a su estado de salud o su progreso para combatir alguna enfermedad.

**Cibernética** es el nombre que dio Norbert Weiner a la ciencia de los mecanismos de retroalimentación y control y a la manera en que los sistemas buscan y

logran los cambios propuestos. El termostato es uno de los mecanismos cibernéticos más conocidos, pues ajusta la temperatura de la habitación tras comparar la información que recibe (la temperatura real) y un punto fijado previamente. El antropólogo Gregory Bateson, que efectuó numerosas contribuciones al campo de las comunicaciones también aplicó algunos conceptos de la cibernética al comportamiento humano. Por ejemplo, observó la semejanza entre el comportamiento de bebida de un alcohólico y los procesos cibernéticos de un termostato y observó de qué manera los profesionales de la salud mental intentan modificar estos puntos fijos.

Bateson, Watzlawick y otros señalaron que las profesiones del tipo de la medicina tienden a evaluar de manera excesiva la comunicación verbal. Insistieron en la importancia de observar también la comunicación no verbal como manerismos físicos (p. ej., lenguaje corporal) y comportamiento. También describieron un rasgo importante de la comunicación: información acerca de la comunicación en sí, a lo cual Bateson denominó **metacomunicación.** De este modo, los mensajes verbales y no verbales pueden ir acompañados por metacomunicación que instruya al receptor sobre la manera de interpretar dichos mensajes. Estas capas duales de comunicación se denominan en ocasiones **contenido** y **proceso.** El contenido es la información explícita del mensaje y el proceso se refiere al contexto guía (que a menudo es implícito) para la información. Con frecuencia es de ayuda que los médicos tengan en cuenta ambas capas de la comunicación al hablar con sus pacientes, incluyendo la atención a los mensajes implícitos y las metáforas.

De este modo, los médicos pueden intervenir y ofrecer interpretaciones basadas no sólo en lo que el paciente dice sino que también en lo que comunica: a) a través de comunicación no verbal y b) acerca del proceso de comunicación. A continuación se mencionan unos ejemplos:

> Un clínico observa que durante una sesión de psicoterapia, la paciente relata diversas historias del pasado que incluyen traiciones por parte de figuras muy importantes en su vida. El terapeuta pregunta a la paciente si ella está intentando decidir indirectamente si puede confiar en él o si él también la traicionará.
>
> Un terapeuta observa que la paciente relata problemas difíciles y emocionalmente inquietantes todas las semanas, justo cuando va a terminar la sesión de psicoterapia. Señala esta observación a la paciente, quien le dice "supongo que me siento más segura de mencionar estos temas al final en vez de al comienzo de la sesión, pues de lo contrario me sentiría mal o lloraría enfrente de usted".
>
> El Sr. A se queja en una psicoterapia de grupo de que se siente "solo y solitario". Sin embargo, ignora a otros pacientes o no les hace caso cuando intentan ofrecerle consejo o empatía. El terapeuta de grupo pregunta a los miembros del grupo: "¿puede alguno de ustedes ayudar al Sr. A a comprender qué es lo que hace dentro del grupo, que explique por qué se siente tan solo aunque se encuentre rodeado de otras personas?"

Bateson señaló que la falta de un mensaje también comunicaba información. Esta observación es particularmente pertinente en el medio clínico.

> Federico S estaba preocupado de que las pruebas que su doctora ordenó confirmaran su temor de padecer cáncer. Cuando le preguntó al médico qué opinaba acerca de su padecimiento, ella intentó calmarlo diciendo "no es nada, vamos a aguardar hasta contar con la siguiente batería de pruebas". Pero el Sr. S dedujo que la doctora había evitado responderle porque no quería revelarle que padecía cáncer. De este modo la doctora, al intentar calmarlo, de manera involuntaria aumentó sus temores.

Una de las contribuciones de Bateson que más se recuerda es el concepto de **doble nudo,** en el cual se ofrece a la persona una elección imposible. La expresión "tan malo es hacerlo como no hacerlo" formula este principio de manera coloquial. La respuesta psicológica a los mensajes continuos de doble compromiso con frecuencia es frustración, impotencia o depresión. Los niños que crecen en un entorno de este tipo pueden desarrollar paranoia.

Los principios básicos de la **ecología** indican las interrelaciones entre todos los organismos y su entorno. El término **límite** se refiere a diferentes términos que incluyen divisiones entre los elementos de un sistema y abarca conceptos de espacio, tiempo y relaciones entre los individuos. Los individuos saludables generalmente presentan límites semipermeables susceptibles de control dependiendo de las circunstancias. A continuación se dan ejemplos de límites:

> Un joven de 14 años demuestra el cada vez mayor deseo de tener privacidad, por ello coloca un letrero en la puerta de su habitación que dice "Sólo para el ocupante. Toque antes de entrar".
>
> Una paciente con antecedentes de abuso sexual solicita que se retrase su examen físico inicial hasta que llegue una amiga para darle apoyo emotivo.

He aquí algunos ejemplos de **violaciones de límites:**

Un hombre que asiste a psicoterapia por órdenes del tribunal, por haber abusado sexualmente de su hija adoptiva trata de pedir una cita a la estudiante médica que lo somete a la evaluación inicial (violación de límites personales).

Cierto paciente constantemente llega 45 minutos más tarde a sus sesiones de psicoterapia pero es difícil lograr que se vaya del consultorio inclusive cuando su tiempo ha terminado (violación de los límites de tiempo).

Un residente y un estudiante de medicina discuten el caso de un paciente mientras están en el elevador, el cual está lleno de personal, pacientes y sus familiares (violación de la confidencialidad).

En algunos pacientes, la capacidad para regular los límites está alterada por diversos motivos, entre ellos, antecedentes de abuso sexual, físico o emotivo durante la niñez; trastornos de la personalidad, o demencia. Este tipo de pacientes a menudo se beneficia cuando se presta atención a estos aspectos. Por ejemplo, el médico puede fijar límites en relación con las horas de las citas (p. ej., comenzando y terminando las citas a la hora indicada) y a los límites personales (p. ej., no permitiendo que el paciente lo toque de manera inadecuada o que se comporte mal).

George Engel fue el pionero del concepto y aplicación del **modelo biopsicosocial**. El principio fundamental de este modelo es que las enfermedades y la salud se encuentran anidadas en una serie de jerarquías cada vez mayores, desde las moléculas hasta el DNA, las células, los aparatos y sistemas y los seres humanos individuales. Más allá de cada individuo, se encuentran las familias, el sitio de trabajo y los grupos sociales y culturales. Engel y otros investigadores advierten con respecto a las tendencias reduccionistas de la biomedicina que intentan analizar la enfermedad en una forma limitada y que excluye a estos aspectos de sistemas más amplios. Por ejemplo, es de validez y beneficios limitados discutir las causas y el tratamiento de un ataque cardiaco sin considerar el estado psicológico del paciente y el efecto que ejerce la enfermedad sobre la familia del paciente y sobre su propia capacidad para funcionar en el empleo.

Se considera que las criaturas vivas son **interdependientes** unas de las otras, y que los cambios en un individuo afectan a todos los demás a través de ciclos complejos de retroalimentación. La interdependencia también se caracteriza por un **equilibrio** o punto fijo que representa una configuración estable de fuerzas y poblaciones. Estos **puntos fijos** suelen ser dinámicos, es decir, representan la suma de los efectos de variables que se modifican en forma constante.

Paula M y su esposo fueron enviados a la psicoterapia de parejas después de que la Sra. M visitó la sala de urgencias en múltiples ocasiones para tratamiento de traumatismos en cara y brazos. La Sra. M admitió que su marido abusaba físicamente de ella. El ciclo de abuso seguía un patrón clásico en el cual los miembros de la pareja se relacionaban bien uno con otro por poco tiempo. Entonces el Sr. M comenzaba a experimentar un creciente enojó e ira hacia su esposa, que aumentaba durante varias semanas y conducía a ataques verbales y amenazas. La Sra. M protestaba y amenazaba con dejar al Sr. M. Por último, éste se violentaba, la empujaba y golpeaba y ella consideraba dejar esta relación de abuso. Luego, él le enviaba flores y se disculpaba con creces por sus estallidos temperamentales.

La Sra. M explicó "mi esposo es tan romántico cuando intenta reconquistarme que siento como si de nuevo estuviéramos en la luna de miel. Me promete que nunca me volverá a lastimar y yo lo perdono". Tras esta breve "fase de luna de miel", el ciclo de tensión y violencia se inicia otra vez.

El caso anterior describe a dos personas que adecúan su relación para mantener una distancia interpersonal promedio determinada. Aunque existe considerable vacilación entre los extremos de la intimidad y de casi romper con la relación, por lo regular existe un tiempo intermedio, el cual se denomina el punto fijo de la relación.

Aunque los sistemas suelen permitir que las personas deriven beneficios mayores y más diversos con menor esfuerzo individual, en ocasiones no funcionan de manera adecuada y se invierte mucha energía para lograr muy poco. Esta paradoja se observa en medios clínicos cuando se trata de algún paciente difícil. En algunos casos, la respuesta inicial del personal evita que el sistema clínico funcione de manera adecuada.

Melquíades B, un joven de 23 años, tenía una larga historia de uso de heroína por vía intravenosa y fue hospitalizado por endocarditis, una infección bacteriana de las válvulas del corazón. EL personal lo describió en términos como malévolo, hostil, rebelde e imposible. Hacia el final de la primera semana en el hospital, las enfermeras llamaron varias veces a los guardias del hospital para que controlaran al Sr. B, quien gritaba y tiraba bandejas y cómodos y casi golpeó con ellos a varios miembros del personal. Estos amenazaron con quejarse en contra del Sr. B por agresión si su comportamiento continuaba.

El Sr. B se negó a asistir a una entrevista psiquiátrica, pero una discusión con cierta trabajadora social condujo al posible diagnóstico de trastorno de personalidad *borderline.* El psiquiatra se enteró de que las interacciones con el Sr. B comenzaban relativamente bien por la mañana, pero con el transcurso del día se ponía cada vez más irritable y efectuaba demandas irracionales al personal y lo insultaba. Al final, abusaba verbalmente y hacía una pataleta, a nivel de adulto. Entonces, el personal llamada a seguridad, y la habitación del enfermo se llenaba de media docena o más miembros del personal y guardias. Varios miembros del personal reconocieron que evitaban tener contacto con el Sr. B durante el día en todo lo posible y que se sentían aliviados de poderle gritar durante las confrontaciones. Todo el personal expresó desaliento, porque las confrontaciones con el Sr. B eran cada vez peores. Se preguntaban por qué no respondía bien y se tranquilizaba.

**Discusión.** El comportamiento del Sr. B puede explicarse considerando la situación desde la perspectiva de sistemas. Se indicaba al Sr. B que siguiera una rutina de manera tranquila. Como este tipo de interacciones eran desagradables para el personal, ellos suponían que el Sr. B cumpliría con las indicaciones. Pero la comunicación no verbal inadvertida del personal hacia el paciente era muy distinta. En esencia, le presentaba la siguiente elección: podía portarse bien, en cuyo caso lo ignorarían, o podía "llamar la atención" y ser recompensado con considerable interacción y atenciones, además de la oportunidad de liberar parte de su temor, frustración e ira.

Otro aspecto importante desde la perspectiva de sistemas es que el personal y el paciente forman parte de un mismo sistema. Los miembros del personal a menudo intentan distanciarse de los pacientes difíciles o desagradables, a quienes se considera como "malos" y con comportamiento totalmente distinto al del personal. En este caso, los miembros del personal habían tenido un año muy tenso y algunas enfermeras admitieron que el hecho de gritar al Sr. B les permitía aliviar sus sentimientos de frustración y agresión acumulados. De este modo, se estableció un círculo vicioso y el personal, de manera inadvertida, ocasionaba que el comportamiento del paciente empeorara.

El psiquiatra sugirió la siguiente intervención: se ofrecieron una serie de juntas para el personal con el fin de discutir y resolver sus propias frustraciones de manera separada con respecto a los problemas que experimentaban con el Sr. B. Se les dieron instrucciones para establecer un horario regular de visitas al Sr. B en vez de evitarlo, en el curso de cada turno. El personal debía felicitarlo cuando se comportara de manera aceptable y compensarlo dedicando un poco de tiempo a platicar con él. En caso de que el Sr. B perdiera el control, el personal debía mantenerse emotivamente neutro, efectuar intervenciones breves y de tipo específico. La situación se controló con rapidez y el comportamiento del Sr. B mejoró mucho. Admitió que se sentía muy asustado por su enfermedad y el personal médico pudo desarrollar una relación más empática y respetuosa con él.

El mismo tipo de efectos inadvertidos se observa en otros sistemas, en particular cuando surgen reglas complejas en organizaciones donde las funciones administrativas se consideran como algo aparte de la misión de la organización.

Como resultado de los recortes anuales para el sistema de salud mental de la comunidad, las clínicas de salud mental para externos de cierta área metropolitana importante carecían de los fondos operativos necesarios para dar servicios completos a su base de clientes, los cuales a su vez carecían de seguro de salud, por lo cual les era imposible solicitar atención en otro sitio. Se decidió tratar solamente los casos de mayor urgencia, como pacientes con trastorno psicótico crónico o intentos recientes de suicidio. Los demás pacientes que presentaran trastornos psiquiátricos menos graves, incluyendo depresión o trastorno de ansiedad con pensamientos o planes de suicidio o los individuos con trastornos psiquiátricos graves complicados por uso de sustancias eran enviados a la sala de urgencias de psiquiatría.

Posteriormente, dichos pacientes eran mandados de regreso para tratamiento a las clínicas de externos en donde ya se les había negado los servicios. Inclusive a los pacientes que expresaban pensamientos suicidas de tipo activo se les indicó que para que pudieran ser elegibles para cuidados como externos requerirían antecedentes recientes de algún intento de suicidio. De manera paradójica, en vez de promover la salud mental, las clínicas alentaban a los pacientes a enfermarse más para calificar para los servicios.

**Discusión**. En este caso el dilema que afrontan los pacientes es similar al de los protagonistas de la obra *Catch-22* de Joseph Heller, cuyo título inmortalizó la actitud de doble nudo de algunas organizaciones ("hagas lo que hagas, de todas maneras pierdes").

## COMPLEJIDAD Y ORGANIZACION JERÁRQUICA

Dos propiedades adicionales que permiten caracterizar los grupos son **grupalidad** y **jerarquización.** Cada una de estas propiedades puede clasificarse como alta o baja. La grupalidad se refiere al nivel en que los miembros se identifican a sí mismos como parte de un grupo específico. Algunos ejemplos de grupalidad alta (la cual se caracteriza porque el individuo se percibe fuertemente como parte de cierto grupo) incluyen los equipos de fútbol, la tripulación de una aeronave o los miembros de un equipo de medicina. Generalmente los miembros de estos grupos se sienten cercanos entre sí con un fuerte sentido de objetivos y valores compartidos. Los uniformes y otros medios de identificación enfatizan simbólicamente el sentido de identidad de grupo y cohesión. Algunos ejemplos de grupalidad baja incluyen a las personas que aguardan formadas en la ventanilla de un banco o a las personas que caminan por la cuadra de una ciudad. Dichas personas experimentan sólo una leve relación unas con otras y tienen un sentido superficial de propósito conjunto.

La jerarquización se define como el grado en que el liderazgo se estratifica y divide entre los miembros de un grupo. Los grupos militares o equipos médicos presentan alto sentido de jerarquización; es decir, en ellos existe fuerte sentido de jerarquía y los miembros del grupo identifican fácilmente su propio papel dentro del mismo, la identidad de los líderes del grupo y el lugar que ocupan en la cadena o pirámide de comando. La capacidad para ascender por estos niveles de poder suele relacionarse con evaluación de los miembros de mayor jerarquía y se basa en determinados logros generalmente conmemorados mediante alguna ceremonia (p. ej., graduación de una escuela o recibir algún diploma). Los grupos de baja jerarquización tienen poco sentido de estructura jerárquica; en ellos el poder se comparte y las decisiones se toman de manera cooperativa.

## PSICOLOGIA DE GRUPO

La ciencia de sistemas contribuye a la comprensión de alguna de las formas complejas de comunicación y comportamiento que se observan en organizaciones y grupos. Pero las relaciones interpersonales entre los miembros del grupo también están en función de la psicología humana. Los científicos sociales y los psicólogos que estudiaron la psicología de grupo después de la Segunda Guerra Mundial observaron interacciones que parece que se deben a la compleja participación de fuerzas conscientes e inconscientes.

¿En qué difiere la psicología de los grupos de la psicología individual? Inicialmente, los grupos suelen ser más frágiles y están más expuestos a regresiones y al uso de mecanismos de defensa primitivas, como paranoia y grandiosidad. El inicio de los procesos de grupo a menudo refleja etapas características del desarrollo sin importar que se trate de un grupo de psicoterapia, de un equipo médico recién formado o de una organización de estudiantes voluntarios. Dichas etapas incluyen énfasis temprano en fronteras y definición de quién es miembro del grupo y quién no lo es. Otra característica temprana de los grupos es el **apareamiento,** en el cual dos miembros del grupo forman una conexión significativa que a menudo simboliza la unidad del grupo para otros miembros. Una forma especializada de apareamiento es la unión del grupo a una idea o propósito específico, a menudo con gran intensidad emotiva y optimismo declarado.

Después, es probable que se produzcan fisuras entre los miembros del grupo y que éste entre a una etapa en la cual los miembros cuestionen si es posible que persista o debe desintegrarse. Inclusive cuando se hayan planteado previamente los objetivos del grupo, los miembros del mismo discutirán con respecto a la manera de alcanzar dichos logros. Esta etapa cargada de tensión a menudo se relaciona con la fuerte fantasía de que un líder idealizado y poderoso intervenga para "rescatar" al grupo y guiarlo hacia la meta y ayude a reducir la tensión del grupo y la ansiedad con respecto a su identidad, objetivo y cohesión.

Los grupos, igual que los individuos, emplean mecanismos de defensa psicológicos para modular sus niveles de ansiedad. Sin embargo, en los grupos se suelen emplear mecanismos de defensa más primitivos, en particular cuando existen presiones externas como restricciones económicas o recortes. En ocasiones surgen tensiones internas por desunión entre los miembros del grupo o liderazgo débil. Los grupos que se encuentran en estas circunstancias suelen demostrar paranoia notable. Los líderes en ocasiones se refieren a la amenaza de un enemigo externo para reforzar el sentido de cohesión del grupo y su propio poder.

## INFLUENCIA DE LA DINAMICA DE GRUPO EN EL INDIVIDUO Y EN EL COMPORTAMIENTO DE GRUPO

Existen relaciones complejas entre los miembros del grupo y las contribuciones que efectúan a la constitución del mismo. El grupo refleja y determina la psicología de cada uno de sus miembros. La necesidad casi universal de pertenecer a algo y ser aceptado por otros constituye gran parte de la cohesión o atracción social de cualquier grupo.

Ciertos roles estereotipados suelen recurrir en los grupos, incluyendo el del líder, el miembro del equipo

que es práctico o capaz, el bromista, el rescatador, el que ayuda a otros miembros del grupo y el que parece disfrutar poner a prueba la confianza y las percepciones del grupo. Con frecuencia los miembros del grupo observan que adoptan un papel similar al participar en otros grupos. Algunos miembros del grupo se sienten restringidos por estos roles y experimentan resentimiento o frustración por no poder utilizar otras destrezas y puntos fuertes de tipo personal. Pero la división de roles dentro del grupo también le imparte considerable fuerza. Un grupo coordinado para formar un todo coherente es más eficaz y más productivo que igual número de individuos trabajando cada quien por su lado. En el mejor de los casos, los miembros del grupo sienten que son apreciados por sus atributos y para la mayoría de ellos se desarrolla un equilibrio satisfactorio entre ser considerado como un miembro valiosos del grupo y retener su individualidad.

El sentido de identidad personal del individuo dentro de medio de grupo se ve influido parcialmente por fuerzas sociales. En las culturas occidentales, la celebración de la individualidad se refleja en iconos culturales, como el cowboy solitario o el rudo que "está en contra del sistema". Estas imágenes se repiten en la literatura, en el cine y en los anuncios. Sin embargo, los científicos sociales han demostrado repetidamente que la individualidad experimenta muchas restricciones y es absorbida por los procesos de grupo.

El psicólogo Simón Ash llevó a cabo experimentos para ilustrar la influencia de la presión de los compañeros de grupo. Los sujetos de prueba fueron colocados en un salón de clase con otras personas y se les dio la tarea de comparar el tamaño de las líneas y las formas. Los demás sujetos eran en realidad miembros del estudio de investigación y dieron la misma respuesta incorrecta predeterminada a cada prueba visual. Los sujetos de prueba en general cedieron a la presión para no entrar en conflicto con el consenso del grupo manifestando su acuerdo con la misma respuesta incorrecta. A medida que dieron respuestas erróneas una y otra vez, los sujetos se sintieron cada vez más devaluados. Al comenzar el experimento, algunos de los sujetos se describieron a sí mismos como fuertemente individualistas e indicaron que no tenían miedo de defender lo que consideraban correcto. No obstante, el experimento demostró lo contrario. Los seres humanos son de hecho seres sociales con fuerte predisposición y motivación hacia la cooperación y que evitan el conflicto con el grupo social que tiene el control.

El comportamiento de negación grupal es bastante frecuente. Los "puntos ciegos" para la conciencia del grupo pueden ampliarse cuando los miembros del grupo no están dispuestos a afrontar errores declarados. Los fenómenos de negación grupal, que en ocasiones se denominan **pensamiento grupal** se deben a un consenso (que a menudo se encuentra más allá del nivel consciente del grupo) de no reconocer que existen problemas. Este fenómeno ha resultado implicado en algunos de los desastres tecnológicos y políticos más famosos del siglo xx, incluyendo el accidente de la planta nuclear de *Three Mile Island,* en donde los operadores de la planta de manera repetida apagaron las alarmas que advertían la fusión inminente; la decisión de lanzar al espacio la aeronave espacial Challenger en condiciones climáticas peligrosas; y la invasión a Cuba planeada por expatriados patrocinados por Estados Unidos que dio lugar al desastre de Bahía de Cochinos. En cada caso, las opiniones en desacuerdo fueron totalmente rechazadas o silenciadas de manera activa. Los equipos de medicina son susceptibles al mismo tipo de problemas, lo cual puede conducir a errores clínicos que no sean señalados por otros miembros del equipo.

Ruth T, una mujer de 42 años, tenía antecedentes de trastorno bipolar. No había tenido problemas por 10 años, había mantenido un empleo estable y tenía un matrimonio sólido. Observó síntomas de un episodio de hipomanía y solicitó hospitalización para ajuste de los medicamentos que estabilizaban su estado de ánimo. En su quinto día en el hospital, comenzó a experimentar debilidad bilateral en las piernas. El examen neurológico fue "equívoco" (sin datos notables). Dos días más tarde, la debilidad de las piernas progresó hasta el punto tal que le impidió caminar y se quejó de incontinencia urinaria. Fue llevada a la sala de urgencias médicas, en donde se le sometió a otro examen neurológico; El neurólogo observó tono y reflejos rotulianos (de la rodilla) ligeramente disminuidos. Sin embargo, su impresión fue que la paciente "posiblemente fingía los síntomas" con base en sus "prolongados antecedentes psiquiátricos". La paciente fue llevada de regreso a la unidad psiquiátrica sin diagnóstico médico. Basándose en la sospecha de que la paciente estaba "fingiendo", el personal decidió colocarla en un protocolo especial de comportamiento para "alentar su capacidad de independencia". Se le dio una forma para firmar, en la cual reconocía que "se encontraba físicamente intacta", por lo cual se comprometía a caminar y orinar sólo en el baño. El estudiante médico asignado al caso de la Sra. T se sorprendió por los sentimientos de frustración dirigidos hacia ella y la falta de disposición de los médicos para considerar otros diagnósticos. La Sra. T se sentía sumamente molesta con el personal médico y asustada por sus síntomas. Ella y su marido

insistieron en que la transfirieran a otro hospital. Una vez ahí, los clínicos se alarmaron ante sus síntomas físicos progresivos. El electromiograma (EMG) indico que los impulsos eléctricos en sus piernas eran más lentos. Fue ingresada al pabellón clínico con diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, un trastorno neurológico que progresa con rapidez. Requirió intubación para proteger su función respiratoria y un año después del episodio aún experimenta leve debilidad en las piernas y parestesias.

**Diagnóstico.** Trastorno bipolar (eje I), síndrome de Guillain-Barré (eje III).

**Discusión.** El caso anterior ilustra la negación grupal por parte de los médicos de la Sra. T. Es probable que el concepto de que ella era responsable conscientemente de sus síntomas se haya derivado de sus antecedentes previos de trastorno psiquiátrico y quizá de contratransferencia (a consecuencia de su respuesta emotiva ante la Sra. T) de la cual probablemente sólo hayan tenido conciencia parcial. De esta manera, varios profesionales de salud de alto entrenamiento pasaron por alto antecedentes importantes e inclusive síntomas físicos (aunque la paciente admitió que eran leves) y permanecieron "ciegos" ante el desarrollo de una urgencia médica.

## INFLUENCIA DE LA DINAMICA DE GRUPO EN EL COMPORTAMIENTO ETICO

Después de la Segunda Guerra Mundial surgieron muchas dudas con respecto a la naturaleza del poder en los grupos. Las pruebas psicológicas de los colaboradores nazis y de los oficiales de Alemania demostraron que en vez de ser "monstruos" psicopatológicos, la mayoría de ellos eran hombres obsesivos acostumbrados a seguir órdenes a ciegas. Cada uno describió cómo obedecía a su oficial superior y ¡así se liberaba de su propia responsabilidad por el genocidio. ¿En qué grado refleja esto a la naturaleza humana en general?

Uno de los experimentos más famosos (e infames) del siglo xx fue realizado por el psicólogo Stanley Milgram con el fin de determinar hasta qué punto la persona promedio obedecería a la autoridad y llevaría a cabo actos inmorales. Los sujetos de prueba del estudio de Milgram recibieron instrucciones de un supervisor para apretar botones que administraban choques eléctricos de voltaje cada vez mayor a otros participantes cuando respondieran de manera incorrecta a las preguntas. En realidad esos participantes eran colaboradores de Milgram que daban respuestas incorrectas con frecuencia y pretendían recibir choques gritando a consecuencia del supuesto dolor y pedían a los sujetos que detuvieran el experimento y los pusieran en libertad. La mayoría de los sujetos se incomodó e indicó al supervisor que no deseaba continuar con el experimento. El supervisor insistía de manera repetida en que los sujetos debían continuar con el experimento. La mayoría de los sujetos insistió en que no era responsable de lo que ocurrió durante y después del experimento y culpó al supervisor por sus acciones intentado liberarse de la culpa. Las dos terceras partes de los participantes continuaban administrando los choques aunque los botones que apretaban estaban marcados indicando extremo riesgo físico y posibilidad de muerte. El estudio produjo tanta tensión que algunos sujetos reportaron síntomas de trastorno de tensión postraumática varios años después del mismo.

Los resultados obtenidos fueron recibidos con sorpresa y desaliento por los científicos de comportamiento que antes de realizarse el experimento habían predicho que sólo un sujeto de cada mil se comportaría de ese modo. En experimentos del tipo del realizado por Milgram y en otros de la literatura (la novela de William Golding, *El señor de las moscas* es un ejemplo que se cita con frecuencia), se han realizado observaciones atemorizantes sobre comportamiento humano grupal. Las investigaciones recientes se han enfocado a estrategias que las organizaciones pueden emplear para que sus empleados conserven sus valores y capacidad de efectuar acciones y tomar decisiones éticas.

Estos aspectos bastante negativos del comportamiento humano grupal contrastan con descubrimientos e hipótesis recientes. Las perspectivas más optimistas sobre el comportamiento humano grupal conceden atención a las funciones de empatía y altruismo en las interacciones humanas. Inclusive el axioma evolutivo de "la supervivencia del más fuerte" que se aplica a los individuos (el llamado darwinismo social) quizá refleje el sesgo de la cultura occidental hacia el individualismo y no tome en cuenta las posibles ventajas evolutivas del altruismo y la cooperación grupal. Los Teóricos evolutivos están examinando el papel del altruismo en los grupos. Uno de los ejemplos de los aspectos potencialmente positivos de la cooperación de grupo es la eficacia de Alcohólicos Anónimos (AA), un grupo iniciado por dos hombres para ayudarse a sí mismos y a otras personas con problemas de uso de alcohol. Los seres humanos quizá tengan cierta predisposición genética hacia el altruismo y el comportamiento de ayuda mutua. De este modo, la teoría de "la supervivencia del más fuerte" quizá debe modificarse de manera sustancial por un principio equilibrador, el de "la supervivencia de las personas que cooperan más a nivel social para alcanzar el bien común".

# APLICACIONES DE LA TEORIA DE SISTEMAS

## FAMILIAS

Como grupo especializado, la familia es la unidad social más básica, conocida y perdurable. Desde el punto de vista metafórico las familias son el equivalente cultural de la doble hélice del DNA, que sirve como plantilla para transmitir información, valores culturales y religiosos y el idioma de una generación a la siguiente. La función más básica de la familia es proteger y criar a los hijos en un entorno seguro.

Además, la familia sirve como patrón estable de organización para el desarrollo psicológico de todos sus miembros, en particular los niños. Dentro de la familia, el niño desarrolla su propia identidad personal y aprende cómo relacionarse con otros. Las lecciones más importantes incluyen el aprendizaje de cómo relacionarse con las figuras de autoridad, cómo valorar las necesidades interpersonales y comunicarse con eficacia con otros para cubrirlas y cómo regular los límites. Inicialmente, estas tareas se centran en la relación del niño con los miembros de la familia pero con el tiempo y gracias a experiencias sumamente importantes como la escuela, estas lecciones comienzan a ser aplicadas por el niño a otras relaciones con personas ajenas a la familia.

Los niños aprenden además cómo vigilar y regular sus propios impulsos y tensiones internos; por ejemplo, la manera de retrasar actos impulsivos y cómo controlar constructivamente y afrontar sentimientos agresivos o sexuales. Además, los niños también necesitan aprender a regular los límites personales y ajustar la distancia interpersonal con otros. Estas tareas de desarrollo varían para cada niño; por lo tanto, la tarea de los padres no es criar a los hijos en forma estandarizada, sino intentar alentar la identidad de cada hijo en un proceso de descubrimiento mutuo. Con el transcurso del tiempo los niños comienzan a seguir una ruta hacia la independencia y la interdependencia y generalmente abandonan el hogar e inician familias propias. Como cada familia tiene características propias, por sus constituyentes, sus retos para desarrollarse y sus valores, se puede considerar como un experimento social de tipo único.

Las familias son grupos dinámicos y en evolución y a menudo afrontan considerables retos de desarrollo. Del mismo modo que los individuos desarrollan trastornos de adaptación en respuesta a las tensiones de la vida, las familias afrontan alteraciones temporales del funcionamiento como resultado de las tensiones. En el cuadro 17-1 se resumen algunas de las crisis o puntos de cambio que las familias afrontan con mayor frecuencia y que las obligan a crecer y cambiar. Del mismo modo que los individuos, las familias emplean diversos mecanismos de defensa de manera bastante constante, los cuales reflejan la identidad y personalidad de la familia considerada como un todo. Las reacciones ante situaciones tensionantes quizá incluyan aumento de quejas físicas, que pongan a uno o más miembros de la familia en contacto con el sistema médico. Sin embargo, del mismo modo que los pacientes individuales a menudo evitan tener contacto con los profesionales de salud mental, es probable que las familias como unidad se nieguen a recurrir a servicios psiquiátricos.

**Cuadro 17-1. Retos comunes de desarrollo que afrontan las familias**

- Matrimonio y formación de la nueva familia
- Los cónyuges afrontan las tensiones de la vida (p. ej., cambio de empleo, ascenso en el trabajo, cambio de residencia)
- Tener y criar hijos
- Infertilidad
- Casarse por segunda vez o más
- Familias mixtas
- Discordia matrimonial, infidelidad
- Divorcio
- Enfermedades físicas
- Enfermedades mentales
- Muerte y pérdidas

Las familias también crean historias congruentes o mitos, que son relatos que nadie pone en duda o puntos de vista por los cuales la familia distorsiona su comprensión de los acontecimientos o de uno de sus miembros, con el fin de protegerse de conflictos a expensas de lograr una comprensión y capacidad para resolver sus propios problemas con eficacia. Un mito que se observa con frecuencia es el del llamado paciente identificado (véase Psicopatología familiar más adelante), el cual preserva la creencia de que la familia es saludable e identifica a uno de sus miembros como física o emotivamente enfermo. Es probable que las familias preserven estos mitos de manera inconsciente y los clínicos deben ser capaces de identificarlos y ponerlos en duda para ayudarlas a crecer y desarrollarse.

### Respuestas familiares ante la enfermedad

La manera en que las familias responden ante la enfermedad depende de diversas variables, incluyendo experiencias previas, destrezas de comunicación, límites interpersonales y flexibilidad de roles. Las enfermedades físicas a menudo representan una amenaza real y simbólica para la unidad familiar y su cohesividad. Según sea la integridad y salud psicológica del sistema familiar, quizá la familia se haga más cohesiva y eficaz o más caótica y disfuncional.

Andrés P, un carpintero de 48 años, se lesionó en el trabajo y pasó un mes hospitalizado con complicaciones por hernia de disco lumbar. Sentía mucho dolor tras la intervención quirúrgica e inclusive le era imposible caminar hasta el baño. Cuando regresó al hogar, su estado había mejorado muy poco. Por su afección física, la esposa del Sr. P decidió colocarlo en una pequeña habitación para huéspedes, en la planta baja. Inicialmente consiguió un empleo de tiempo completo y cuidaba de su marido; sin embargo, conforme la situación económica de la familia declinó, la Sra. P se vio obligada a tomar un segundo empleo. Se sentía sumamente deprimida y ansiosa y tenía poco tiempo para dedicar a las amistades.

Sus dos hijos adolescentes ayudaban al Sr. P a bañarse, vestirse y llevar a cabo otras actividades cotidianas. A las pocas semanas, los hijos asumieron diversas responsabilidades hogareñas de los adultos, incluyendo cocinar, hacer la limpieza, escribir cheques para pagar las cuentas y poder cada vez mayor para la toma de decisiones. Mientras tanto, el Sr. y la Sra. P se sentían cada vez más desesperados por su situación.

El Sr. P pudo volver a trabajar después de seis meses y aunque algunos aspectos de la anterior configuración de roles familiares volvieron a ser como antes, los niños conservaron su mayor influencia y poder, lo cual condujo a discusiones con sus padres con respecto a horas de entrada y tareas.

Las enfermedades mentales ejercen un profundo efecto en las familias, aunque su efecto suele diferir al que ocasionan las enfermedades físicas. Entre estas diferencias se observa mayor sensación de vergüenza y pena a consecuencia del estigma de la enfermedad mental. Es probable que los trastornos emotivos y el uso de sustancias se guarden en secreto o se reclasifiquen de manera ambigua como afecciones físicas. La respuesta familiar ante la enfermedad mental puede ejercer un efecto muy importante en la gravedad y el pronóstico del trastorno. En el capítulo 7 se citan diversos ejemplos del modo en que los miembros de la familia participan excesivamente en ayudar a personas con trastornos de ansiedad (p. ej., ataques de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo), compensando de manera inadvertida a los sujetos con el padecimiento. Las enfermedades físicas o psiquiátricas en ocasiones dan lugar a que la familia experimente regresión, pues tiene que tratar con un niño mayor que probablemente funcione a nivel de niño pequeño. La culpa intensa y a menudo irracional complica las respuestas familiares ante las afecciones psiquiátricas de tipo crónico.

Jaime R, un joven de 23 años, había presentado su primer episodio psicótico tres años antes y desde entonces había ingresado en diversas ocasiones por esquizofrenia. Era incapaz de funcionar independientemente y volvió al hogar por solicitud de sus padres. Ellos experimentaban intenso sentido de culpa, el cual se reflejaba en sus actos. Consideraban que de algún modo era su culpa que su hijo no se hubiese desarrollado bien, y por lo tanto se sentían responsables de su enfermedad mental. Sus padres nunca discutieron entre sí esta sensación de culpa.

Las restricciones emotivas y financieras de la enfermedad del joven R pesaban fuertemente dentro de la familia. Sus padres no podían tomar vacaciones porque el joven intentaba suicidarse siempre que ellos se alejaban de él. Por último, decidieron hospitalizarlo de manera preventiva para tomar sus primeras vacaciones desde el comienzo de la enfermedad. El joven R intentó suicidarse en el hospital cortándose las muñecas con un espejo roto. El personal se comunicó con los padres en su primer día de vacaciones y ellos volaron de inmediato de regreso.

En una sesión familiar en el hospital, los terapeutas insistieron en que los padres se pusieran en contacto con la *National Alliance for the Mentally Ill* (NAMI, Alianza Nacional para Personas con Enfermedades Mentales), una organización apolítica iniciada por familiares de pacientes con trastornos psiquiátricos. Al asistir a grupos de apoyo, los padres del joven R se dieron cuenta de lo profundo de su frustración y se les alentó para que discutieran su sentido de culpa por primera vez. Fueron capaces de establecer límites más firmes y claros para su hijo y le ayudaron a responsabilizarse más de su propio bienestar. Dos meses después salieron de viaje y el joven R fue capaz de quedarse con otra pareja del grupo de apoyo mientras regresaban.

## Psicopatología familiar

A menudo se observa algún tipo de psicopatología en las familias; Popularmente conocidas como **familias disfuncionales,** estas familias presentan diversas características comunes. Uno de sus miembros suele presentar patología declarada, como uso de sustancias, algún trastorno de la personalidad u otra psicopatología grave. Esta persona es el paciente identificado y a menudo los otros miembros de la familia consideran que es el causante de todas sus dificultades. De este modo, el paciente identificado sirve como distractor para la familia, desviando la atención de otros problemas importantes.

Quizá los límites entre los miembros del grupo familiar sean débiles y cada uno tenga menos autono-

mía individual. En casos extremos, los límites fundamentales del niño resultan violados por abuso sexual o físico. Algunos de los miembros de la familia actúan como **facilitadores;** estos son individuos que intentan proteger o resguardar al miembro más perturbado de la familia, pero al hacerlo acentúan o alientan su comportamiento. Los pacientes a menudo se sienten confundidos por el comportamiento bien intencionado de los miembros del grupo o de su familia que de manera ansiosa intentan ayudar o rescatar a las personas necesitadas. Aunque la combinación de límites ambiguos y la exageración del altruismo y cuidado de otras personas ayude a los individuos a sentirse más seguros por impartirles una sensación de objetivo, con frecuencia este comportamiento conduce a efectos destructivos no intencionales, pues facilita o permite el comportamiento de maladaptación de otros individuos. Los individuos que participan en este tipo de comportamiento probablemente no desean abandonar su papel, aunque se identifiquen los efectos negativos de sus esfuerzos.

Juan B asistió a psicoterapia porque deseaba ayudar a su hijo. El Sr. B, de 67 años, era un misionero que había aceptado su "empleo ideal" para trabajar en África, aunque regresó al hogar varios meses después porque su hijo le preocupaba. Tomás, el hijo del Sr. B, tenía 34 años, no había trabajado durante años y vivía en la casa de sus padres. Afrontaba cargos delictivos por cheques sin fondo a pesar de que vivía con lo que sus padres le proporcionaban y que no había trabajado ni pagado impuestos por más de 10 años. Aunque se le permitió usar el automóvil de su padre mientras estaba ausente, no pagó la tenencia ni el seguro, ni renovó su licencia de conductor, a pesar de que sus padres le dieron dinero específicamente para estos gastos.

El Sr. B sospechaba que casi todo el dinero que Tomás recibía lo empleaba para comprar cocaína. No creía que su hijo se beneficiara de afrontar las consecuencias legales de sus actos, por lo que dejó su empleo en África y regresó al hogar para resolver los problemas financieros, legales y de impuestos de su hijo. El Sr. B mintió en forma activa a los deudores, al tribunal y los amigos de la familia para proteger a su hijo de "quedar estigmatizado". Como Tomás no se interesó en participar en programas para tratamiento de drogadicción, el propio Sr. B decidió inscribirse a la terapia con el fin de "aprender" cómo ayudarle. El Sr. B reveló que deseaba ser mejor padre que el suyo propio, que había sido alcohólico y dejó a la familia cuando él tenía cinco años.

El Sr. B se negaba a hablar de sí mismo, pero presentaba suficientes síntomas como para que se le diagnosticara distimia de larga duración, posibilidad de un episodio actual de depresión grave y considerables dificultades matrimoniales porque su esposa se sentía frustrada cada vez que él "mimoseaba" a su hijo. El terapeuta no logró convencerlo de que permaneciera en la terapia para tratar su propia depresión ni de que considerara asistir a terapia para parejas o de tipo familiar con el fin de modificar su relación hacia su hijo. En la última sesión, el Sr. B intentó discutir la orientación religiosa del terapeuta para asegurarse de que estuviera bautizado pues le indicó "es muy importante para mí que su alma se salve".

**Discusión.** El comportamiento del Sr. B es de facilitador, ya que la protección "que suministra a su hijo" en realidad le permite a éste evitar ser responsable de sus propios actos y afrontar sus consecuencias; de este modo, el Sr. B permite de manera inadvertida que el comportamiento de su hijo continúe sin ninguna restricción. Es evidente que el Sr. B participa de tal modo en la vida de su hijo y ha perdido los límites personales por el hecho de que acudió a psicoterapia, como si de algún modo al recibir tratamiento pudiera ayudar directamente a su hijo.

La frontera entre las familias patológicas y la sociedad suele estar muy bien delimitada y se caracteriza por falta de conexiones sociales e insistencia en preservar los secretos de la familia para evitar que otras personas se enteren. A menudo se observa difusión y confusión de roles y en ocasiones los padres se comportan de manera inmadura, mientras que los hijos actúan con exceso de responsabilidad, ya sea por elección propia o por insistencia de sus padres. Los patrones de comunicación y los mecanismos de defensa que se emplean en estas familias son sumamente rígidos.

Las familias con rasgos psicopatológicos de manera consciente o inconscientes pueden empeorar la enfermedad física de uno de sus miembros. En el extremo más grave del espectro se encuentra el paciente que padece **Munchausen por proximidad,** trastorno en el cual uno de los padres a propósito estimula alguna enfermedad física en un niño saludable (véase el cap. 9). Otras formas menos extremas incluyen exacerbación de alguna enfermedad física real para cumplir otras metas de la familia. Krener y otros investigadores han observado semejanzas entre este comportamiento y las características familiares de los padres que abusan de sus hijos. De este modo, algunas familias pueden ayudar u obstaculizar a pacientes que afrontan alguna enfermedad o están adaptándose a ella.

En un caso extremo, los miembros de la familia comparten creencias extrañas o ilusiones como ocurre en la **folie á deux** (un trastorno de ilusiones compar-

tidas y a menudo paranoicas). Sin embargo, quizá la psicopatología se encuentre tan oculta en estas familias que superficialmente parezcan saludables. Sólo al efectuar un examen más profundo los clínicos comprenderán hasta qué grado existe disfunción familiar. Con frecuencia las crisis médicas sobrepasan las débiles defensas de la familia y exponen su dinámica familiar perturbada.

Susana G, una joven de 17 años, pesaba 40 kilos cuando ingresó a la unidad psiquiátrica. Presentaba graves anormalidades de electrólitos secundarias a bulimia y abuso de laxantes. Nunca había asistido a orientación con anterioridad, a pesar de antecedentes de dos años de depresión grave y un intento suicida previo a los 13 años (tomando un medicamento de su madre). La familia estaba enterada del intento de suicidio de la muchacha y de sus cuatro años de padecer un trastorno alimenticio, pero minimizaba estos comportamientos y sucesos, pues consideraba que eran "para llamar la atención".

La familia de la Srita. G casi no asistió a la mayoría de las sesiones de terapia familiar programadas, aunque siempre dio explicaciones razonables para la cancelación o falta de asistencia. A través de llamadas telefónicas e interacciones breves, sus padres dejaron en claro que creían que su hija era la que tenía el problema y que no consideraban que la terapia familiar fuera parte necesaria de su recuperación. A pesar de mantener una actitud inicialmente distante y desconectada hacia el personal y otros pacientes, la Srita. G efectuó progresos significativos durante su estancia. Se le comenzó a medicar antidepresivos, aumentó de peso y experimentó menos episodios de ingesta excesiva y purga. Comenzó a participar cada vez con mayor frecuencia en las juntas comunitarias y de grupo. Estableció una buena relación con un estudiante de medicina de tercer año, a quien le reveló que padecía frecuentes pesadillas y recuerdos retrospectivos en relación a episodios repetidos de abuso sexual. Su padre era un alcohólico que comenzó a acariciarla sexualmente cuando ella tenía 11 años e inició relaciónes sexuales con ella a los 13. Su madre era sumamente emotiva y centrada en sí misma. Ocultaba el alcoholismo de su esposo y respondía a las confrontaciones de sus hijos con ira, golpeándolos o amenazando suicidarse. De niña, la madre de la Srita. G había sufrido abuso sexual por parte de su propio padre.

La Srita. G fue dada de alta del hospital un mes después y se hicieron planes para sus citas externas. Los servicios de protección infantil iniciaron una investigación, la cual no prosperó porque la Srita. G se negó a confirmar lo relatado. En el hogar su estado se deterioró y su familia se sintió amenazada por su sentido creciente de independencia, confianza en sí misma y madurez. La criticaban cada vez con mayor frecuencia o no tomaban en cuenta sus preocupaciones y sus sentimientos, que ella aprendió a expresar más claramente mientras estaba hospitalizada. También la criticaban por "causar problemas legales para la familia y por el costo de la terapia. En ocasiones se negaban a llevarla a la terapia en automóvil u "olvidaban" prestárselo. La Srita G dejó de tomar los antidepresivos que se le prescribieron y su depresión regresó. Cierta noche llamó al servicio de mensajería de un terapeuta paraexterno y reportó que había ingerido una sobredosis de sus antidepresivos y de las píldoras para dormir de su madre. Fue llevada a la sala de urgencias y reingresó al hospital.

## ASPECTOS DE TRATAMIENTO EN LA TEORIA DE SISTEMAS

La historia nos proporciona un modelo útil para realizar intervenciones familiares. En el siglo XVIII se cortaron tal cantidad de árboles en cierta ocasión que un río quedó obstruido con los troncos. Entonces, éstos no llegaron al aserradero; de ahí se originó el término "atascamiento". Cuando ocurrían atascamientos, se consultaba a un especialista quien subía a la cima de una colina cercana para examinar todo el río. Esta persona elegía al tronco "clave" y al retirarlo, el atascamiento desaparecía y el flujo de agua se reanudaba.

El médico desempeña una tarea análoga cuando intenta modificar un sistema más amplio como una familia o grupo que se encuentra atascado en determinada etapa de desarrollo o dilema. Es poco práctico e irreal intentar controlar de manera individual todos los aspectos del cambio grupal. El médico debe intentar comprender la dinámica más allá del paciente identificado, que mantienen al sistema familiar dentro de este equilibrio no saludable. A continuación se ayuda a los miembros de la familia a efectuar cambios utilizando fuerzas constructivas dentro del sistema con el fin de que la situación mejore.

Isadora S, una abuela de 75 años, ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) para tratamiento de insuficiencia cardiaca congestiva. Mejoró 48 horas después con restricción de líquidos y sal, oxígeno, diuréticos y digoxina. Su hija, su yerno y sus nietos la visitaron muchas

veces. La trabajadora de la unidad de cuidados intensivos observó que el expediente de esta señora estaba lleno de ingresos múltiples a la UCI. Cada presentación clínica era casi idéntica a la anterior y la insuficiencia cardiaca de la paciente mejoraba rápidamente con el tratamiento.

Al realizar una entrevista detallada descubrió algunos hechos de importancia en sus antecedentes. Ella admitió que una vez en casa "olvidaba" cumplir con su régimen de medicamentos. Además, tampoco respetaba la dieta recomendaba e ingería alimentos con alto contenido de sal y bebía refrescos en gran cantidad. Estas indiscreciones generalmente se producían de tres a cuatro semanas tras su alta hospitalaria. La Sra. S admitió que se sentía sola e ignorada en su departamento, al cual se había mudado cuando se enfermó tres años antes. Había enviudado hacía poco y sus hijos la convencieron de vender su casa y mudarse a cientos de kilómetros para estar más cerca de ellos. "Pero en realidad nunca los veo", se quejó la Sra. S. "Cuando estoy hospitalizada, sí vienen a verme, pero cuando regreso a mi departamento siempre se encuentran demasiado ocupados. Los llamo y percibo que no tienen tiempo para mí y soy una inconveniencia para sus vidas. No conozco a nadie en esta ciudad y ellos insistieron en que me cambiara aquí."

Una entrevista aparte con la hija y el yerno de la Sra. S reveló que su matrimonio experimentaba más tensiones desde que ella se había cambiado a la ciudad. La familia expresó sentimientos de resentimiento con respecto a las demandas de la Sra. S. También les preocupaba que su hijo de 13 años hubiera obtenido calificaciones más bajas y presentara problemas de comportamiento a los pocos meses después de la llegada de la Sra. S.

Los esfuerzos coordinados de los servicios médicos de psiquiatría y sociales condujeron a diversas intervenciones simples. La Sra. S fue enviada a un grupo de apoyo para personas mayores y se le asignó una enfermera visitadora para comprobar su estado dos veces por semana. Gracias al mayor contacto con su nuevo grupo de apoyo formó nuevos amigos y necesitó menos de su familia. Para sorpresa de la Sra. S sus hijos y nietos comenzaron a invitarla con más frecuencia a su casa. Un año después en la visita de seguimiento la Sra. S se sentía muy bien, contaba con una red de apoyo social sólida y tenía mejores relaciones con su familia. Su insuficiencia cardiaca congestiva también se había estabilizado.

Los individuos y las familias en crisis en ocasiones presentan criterios inflexibles que alteran su adaptación a las tensiones. La **modificación de enfoque** es una técnica que alienta a los individuos o miembros de la familia a modificar su perspectiva sobre alguna situación o problema. El médico debe considerar el uso de lenguaje que incorpore la propia experiencia del individuo o de la familia y de símbolos, con el fin de que las intervenciones sean eficaces y se comprendan más fácilmente.

Octavio L, padre de una muchacha deprimida de 14 años, no comprendía por qué era necesario que su hija asistiera a la clínica psiquiátrica como externa, después de haber intentado suicidarse. El Sr. L, un mecánico automotriz, era inteligente pero carecía de compresión psicológica profunda de los problemas de su hija. Se sintió frustrado por las explicaciones del residente de psiquiatría. Ambos comenzaron a discutir de manera acalorada cuando el Sr. L insistió en que su hija "ya se veía bien".

El estudiante de medicina de tercer año que trabajaba con el residente interrumpió la confrontación y respaldó al Sr. L por lo que respecta a las dificultades para criar a un hijo y lo mucho que trabajaba. Empleó una analogía con respecto a los automóviles para explicar la necesidad de continuar el tratamiento: "supongamos que usted acaba de arreglar el motor de un auto, ¿qué pensaría si el propietario le dijera que no lo iba a traer para las afinaciones anuales?"

"Pensaría que es un tonto", replicó el Sr. L. "Sin duda tendría problemas; es probable que el automóvil funcionara bien por cierto tiempo y después ¡bum!, tendría que llevarlo para alguna reparación mayor".

"Bueno, como ve, el caso de su hija es algo similar", le explicó el estudiante. "Le acabamos de realizar una intervención mayor de modo que se siente mejor pero sus citas como externa son similares a afinaciones. Las necesita para continuar bien y para que no sea necesario ingresarla de nuevo."

De inmediato el Sr. L estuvo de acuerdo en traer a su hija para sus sesiones como externa y le agradeció al estudiante por la explicación de la importancia del tratamiento subsecuente.

Trabajar con familias extensas y grupos en condiciones de alta tensión constituye un reto, inclusive para los profesionales de salud mental expertos. Los aspectos esenciales del trabajo de este tipo incluyen realizar una evaluación completa de todo el grupo o sistema y llevar a cabo intervenciones bien planeadas empleando lar propias fuerzas constrictivas del grupo.

Leonardo R, un señor de 30 años, ingresó a la UCI inmediatamente después de experimentar una hemorragia subaracnoidea catastrófica. El Sr. R había tenido salud excelente y recientemente tomó el puesto de su padre como ministro de una iglesia de la localidad. Se le suministró apoyo vital incluyendo ventilador porque había dejado de respirar normalmente. El EEG no indicó actividad significativa de la corteza, congruente con muerte cerebral; no tenía oportunidad de recuperarse más allá del estado vegetativo. La esposa del Sr. R estaba segura de que su marido no desearía continuar con apoyo vital sin la esperanza de recuperar una calidad de vida razonable y estuvo de acuerdo con el médico en desconectar el apoyo vital.

Mientras tanto, un grupo más amplio de casi tres docenas de parientes, amigos y miembros de la congregación eclesiástica acudió a la UCI. La esposa del Sr. R y varios miembros de su familia estaban dispuestos a permitir que los médicos descontinuaran todas las medidas de apoyo vital para dejarlo morir. No obstante, la mayoría de los miembros de la familia y de la iglesia se aferraban a la ferviente esperanza de que el Sr. R se recuperara totalmente. El padre del Sr. R, alterado por la pérdida de su hijo y con su fe puesta a prueba por el giro de los acontecimientos, bebió un poco de licor fuerte que uno de sus familiares le ofreció y en estado intoxicado lloró, rezó y manifestó su desesperación junto al lecho de su hijo. Se ofreció a matarse a sí mismo para salvar la vida de su hijo. Su estado cada vez más alterado puso frenéticos a los miembros de la congregación. "Esto es una prueba de la voluntad de Dios." "Si los médicos dejan de luchar por su vida están volteando la espalda al Señor. Sanará dentro de tres días si todos tenemos te y rezamos y no nos damos por vencidos." Se sintieron furiosos con la esposa del Sr. R por su decisión de suspender el apoyo vital.

Los residentes y el personal de la UCI se sintieron abrumados por la situación y solicitaron una consulta psiquiátrica de urgencia. Entonces los residentes médicos continuaron realizando sus demás deberes clínicos y se negaron a regresar a la UCI. Los consultores psiquiátricos reconocieron lo difícil que era trabajar con 30 personas y solicitaron ayuda de otro colega. Este invitó a la enfermera del Sr. R y a la enfermera en jefe a planear una intervención con el grupo de la UCI. Cuando fallaron los intentos de calmar al padre del Sr. R el equipo psiquiátrico llamó a la seguridad del hospital, quienes llevaron al hombre intoxicado a la sala de urgencias psiquiátricas para observación y evaluación de ideas suicidas. Esto calmó de inmediato al grupo. El equipo de consultores y enfermeras dividió a continuación al grupo en subgrupos más pequeños de cinco personas y buscó al miembro de cada grupo que era capaz de considerar el predicamento del Sr. R más objetivamente. Esto también contribuyó a reducir la inquietud y ansiedad de todo el grupo.

Luego el psiquiatra mandó un radiomensaje a los residentes de medicina e insistió en que regresaran con prontitud a la UCI pues su presencia era fundamental para orientar a los miembros de la familia en decisiones difíciles. La esposa del Sr. R y su madre tuvieron una junta con los residentes de medicina. Aunque la autorización de la esposa para dejar de suministrar apoyo vital era suficiente para proceder, los consultores psiquiátricos consideraron que esto pondría en riesgo su futura relación con los demás miembros de su familia. La esposa del Sr. R pudo expresar sus sentimientos de profunda pérdida e ira porque la familia no la había respaldado. Gradualmente, y con apoyo del personal de medicina, pudo expresar sus deseos y los de su marido a casi la mitad de los miembros de la familia.

Después de permitir que los miembros de la familia y de la iglesia rezaran por el Sr. R varias horas y tras documentar signos continuos de muerte cerebral, el equipo médico apagó el ventilador (respirador). Los familiares y el personal médico se tomaron de las manos en torno a la cama del Sr. R y permanecieron junto a él hasta que murió. Después los psiquiatras convocaron a una junta para que todos compartieran sus recuerdos del Sr. R en vida y para ayudarlos a iniciar el periodo de duelo.

Aunque para trabajar con parejas y familias se requiere entrenamiento y experiencia adicionales, los estudiantes y residentes pueden solicitar un papel de "aprendiz" de tipo más activo, como trabajando con profesionales en consultoría de salud mental para adquirir entrenamiento y experiencia con sus propios pacientes. Aprender a trabajar con familias constituye una destreza muy valiosa para practicar la medicina de manera mas holística.

## LIDERAZGO EN EL EQUIPO MEDICO

Durante los estudios de medicina y en el periodo de residencia, se dedica mucho tiempo y esfuerzo a la adquisición de conocimientos y destrezas clínicos. Es notable que los practicantes de medicina no reciban preparación formal para una de sus responsabilidades

más importantes, la de conducir a un equipo de compañeros practicantes en el cuidado de los pacientes. A pesar de que la imagen prevalente del médico es la de un individuo heroico que funciona de manera autónoma, la mayoría de los cuidados médicos son administrados por un equipo multidisciplinario, formado por residentes y estudiantes de medicina, enfermeras, asistentes, terapistas físicos y ocupacionales, trabajadoras sociales y nutriólogos. Generalmente estos equipos son supervisados por un director médico y su personal, quienes a su vez reportan al administrador de la clínica u hospital de las compañías de cuidados para la salud universitarias y organizaciones municipales.

Los científicos sociales estudiaron el liderazgo y las organizaciones en tres sitios de trabajo con elevado nivel de tensión, donde los accidentes de tipo menor podrían ejercer resultados catastróficos: un portaaviones estadounidense, la estación de distribución de energía de una compañía eléctrica y la torre de control de tráfico de un aeropuerto metropolitano muy concurrido. Los investigadores observaron que en estos sitios prevalecían condiciones eficaces de operación por diversos factores relacionados con el estilo del liderazgo.

En primer lugar existía buena comunicación entre los miembros de la organización que llevaban a cabo juntas frecuentes; además, la gerencia solicitaba información de manera activa de ellos. También había flexibilidad en los roles, de manera que los individuos que se encontraban a distintos niveles jerárquicos de poder intercambiaban deberes laborales. Por ejemplo, inclusive el capitán de un avión del portaaviones, se unió al resto de la tripulación a diario para inspeccionar ía cubierta de despegue y detectar basura peligrosa. Esta tarea y la repetición de los simulacros de práctica simbolizó la adaptabilidad que se esperaba de la tripulación, incluyendo a sus líderes y además se ilustró que la sensación de importancia de cada miembro de la tripulación siempre era secundaria a la misión del barco en sí: preservar la capacidad para volar en caso necesario.

¿Cuáles son las características de liderazgo del oficial mayor? Las tareas de liderazgo en el equipo médico son similares a las que se observan en otros grupos. Sus funciones fundamentales incluyen guiar al equipo de estudiantes de medicina, a los internos y a los residentes para suministrar cuidados de la más alta calidad a los pacientes. Es preciso definir con claridad las funciones de los miembros del equipo para incluir, por ejemplo, la manera de tomar decisiones, qué canales de comunicación son adecuados o inadecuados y qué miembro del equipo debe realizar determinadas tareas a diario. Además es necesario delinear los límites relacionados con administración del tiempo y relaciones entre los miembros del equipo. También es preciso regular las respuestas emotivas de los miembros del equipo. El líder debe ayudar al equipo a funcionar de manera calmada y objetiva, aunque alguno de los miembros esté alterado o enojado y en situaciones de emergencia como administración de reanimación cardiopulmonar a un paciente que presenta paro cardiaco, inclusive aunque los miembros del equipo no hayan dormido durante 24 horas.

Los miembros del equipo requieren además entrenamiento, evaluación y retroalimentación sobre el trabajo que desempeñan. El equipo médico necesita coordinarse con otros grupos, como los médicos consultores, el personal del pabellón, las enfermeras y las trabajadoras sociales. Por lo tanto, el médico debe ser capaz de constituir un modelo de buenas destrezas de comunicación y respeto hacia otros y entender y facilitar los procesos psicológicos del grupo para ayudar a que los miembros funcionen tanto de manera independiente y como equipo cohesivo.

Conforme los estudiantes y los residentes avanzan en su entrenamiento afrontan mayores responsabilidades y retos. Dichos retos dependerán tanto de las situaciones que los practicantes afronten como de sus propias experiencias en los grupos que quizá se deriven en gran parte de modelos de autoridad experimentados en su propia familia.

María B, de 27 años de edad, estaba en su segundo año de residencia. Su equipo estaba formado de dos internos y dos estudiantes de medicina. La Dra. B disfrutaba los retos clínicos de la medicina, pero observó que experimentaba dificultades con el liderazgo de su equipo. Los dos internos se peleaban constantemente y le pedían que fungiera como mediadora de sus disputas con respecto a la carga de trabajo o ponían en tela de juicio sus decisiones sobre cómo conducir las rondas de equipo. En consecuencia, la Dra. B evitaba a los internos y dedicaba la mayor parte del tiempo a enseñar a los estudiantes de medicina.

La Dra. B solicitó la orientación de un médico de su confianza sobre la manera de conducir el equipo. El le dijo "es preciso tomar al toro por los cuernos, dejar en claro que tú estás a cargo del equipo y nada más". La Dra. B sin mucha convicción intentó transmitir este mensaje en las siguientes rondas, pero los internos la ignoraron. Por último se puso en contacto con el jefe de residentes quien la alentó a desarrollar un estilo de liderazgo personal. La Dra. B continuó observando a otros residentes de años

superiores y médicos responsables y eligió las técnicas y destrezas que le resultaron más cómodas.

La Dra. B asistió a seis sesiones de psicoterapia que le ayudaron a efectuar una conexión personal con el dilema que afrontaba. De niña, la Dra. B fue la única hija de su familia y constantemente había desempeñado el papel de "la bebé", que era inferior al de sus cuatro hermanos mayores. Gradualmente adquirió más confianza en su propio estilo de liderazgo y alentada por su éxito comenzó a probar hipótesis sobre la mejor manera de dirigir el equipo. Los dos internos percibieron este cambio y dejaron de pelearse tanto uno como el otro. La Dra. B les transmitió su experiencia de liderazgo permitiendo que cada uno de ellos supervisara a un estudiante de medicina.

Además, la Dra. B demostró su capacidad como maestra y trabajó con los internos para desarrollar sus propias destrezas de enseñanza. Se sintió complacida cuando observó que se sentía emocionalmente mucho más segura con sus hermanos en la siguiente reunión familiar. Un año después fue nombrada jefe de residentes de medicina y ayudó a supervisar a otros residentes y estudiantes en diversos aspectos clínicos y liderazgo.

Aunque es posible ayudar a enseñar y desarrollar destrezas de liderazgo, pocas escuelas de medicina o programas de entrenamiento de residentes consideran el liderazgo de manera separada o como parte integral de las materias de estudio. La mayoría de los practicantes de medicina aprenden cómo conducirse con autoridad siguiendo el ejemplo de diversos modelos. Los estudiantes y residentes a menudo observan diversos estilos de liderazgo entre sus compañeros y supervisores y eligen emular alguno de ellos. Quizá sea necesario que transcurran varios años para que los practicantes desarrollen un estilo de liderazgo personal. A través de talleres experimentales y tomando clases fuera de la escuela de medicina, los estudiantes interesados podrán desarrollar un estilo singular de liderazgo con más conocimientos y conciencia de sí mismos.

## CULTOS Y GRUPOS RESTRICTIVOS

Los cultos pueden considerarse como una forma especializada de grupo. En las dos últimas décadas el público se ha enterado de la existencia de cultos por reportajes intermitentes de los medios de comunicación. Los suicidios en masa de tipo dramático, aunque poco frecuente, como las casi mil personas que murieron en la masacre de Jonestown en Guyana y los suicidios en masa de *Heaven 's Gate* (entrada la paraíso) en San Diego en 1997 han ilustrado la naturaleza a menudo extraña de la vida de los miembros del culto y el grado en el cual los individuos son influidos o experimentan coerción por el comportamiento de grupo. Los **cultos** también se denominan **grupos restrictivos** y existen a lo largo de un continuo que abarca desde los grupos más restrictivos que privan a sus miembros de muchas libertades individuales, limitan su contacto con el "mundo exterior" y realizan fuertes demandas económicas, hasta los grupos que no absorben tanto tiempo de sus miembros ni les quitan su sentido de identidad. Las pandillas juveniles también pueden considerarse como una variante del fenómeno de grupos restrictivos. Estas pandillas siguen códigos rígidos de conducta que a menudo alientan la violencia; tienen un sistema de poder jerárquico; castigan a los miembros que se salen de la pandilla y utilizan "uniformes", colores o tatuajes que simbolizan la membresía de grupo. A menudo imparten una fuerte sensación de pertenencia e identidad a adolescentes y adultos jóvenes que no resultan afectados de otro modo.

La creencia popular que prevalece es que solamente los individuos moralmente débiles o mentalmente desequilibrados se unen a los cultos. La investigación demuestra que no siempre ocurre esto y que muchas personas se unen a grupos restrictivos a pesar de ser individuos inteligentes, porque se encuentran en puntos de transición de sus vidas, como al graduarse de la universidad o de la escuela de posgrado entre uno y otro trabajo o cuando se rompe alguna relación romántica. Los grupos restrictivos recurren a diversas técnicas para conseguir miembros, y a menudo ocultan el nombre del grupo y su finalidad en las etapas iniciales. Algunos emplean técnicas psicológicas complicadas, como **reforma del pensamiento** (que se conoce de manera coloquial como **lavado de cerebro)** o amenazas declaradas para lograr que los miembros se identifiquen aún más con el grupo.

Jessica R, una maestra de 25 años de edad, fue despedida del empleo por recorte de presupuesto. Mientras atravesaba la calle de la universidad local, dos personas se le acercaron y la invitaron a una junta para discutir el ambiente. La Srita. R se sintió emocionada por el prospecto de conocer a nuevas personas y la promesa de contactos que quizá le permitieran obtener un empleo en el campo que le había interesado durante años. En la junta se repartieron alimentos y diversos conferencistas dieron pláticas apasionadas sobre una organización que trabajaba en pro de la paz mundial.

Se alentó a la Srita. R a asistir a otras juntas y por último a un retiro de una semana de dura-

ción en cierta área rural. En ese sitio ella y otras personas interesadas fueron presionadas para asistir a juntas durante 20 horas diarias. No había transporte para salir de ese sitio, con excepción de la camioneta del grupo y el teléfono más cercano quedaba a más de 150 kilómetros de distancia. La Srita. R y las otras personas fueron bombardeadas con conferencias y ataques cada vez más insistentes con respecto a sus valores, por lo cual quedaron confundidos y susceptibles a la sugerencia de que "necesitan modificar radicalmente el curso" de sus vidas uniéndose al grupo. Cualquier resistencia o ambivalencia fue criticada como ejemplo de "inseguridad y pereza". Pasaron meses para que la Srita. R se diera cuenta de que se había unido a un culto bien conocido, pero para entonces ya se había transformado en líder local dentro de la organización.

Durante los tres años siguientes toda la vida de la Srita. R estuvo relacionada con las actividades del grupo. Cedió todos sus ingresos a la organización y vivía en un apartamento que era propiedad del grupo. Sin embargo, a medida que ascendió por los rangos de la organización se dio cuenta cada vez más de los abusos de poder que efectuaban los líderes del grupo, incluyendo indiscreciones financieras y pago de prostitutas para proporcionar servicios sexuales a los principales líderes del grupo.

Cuando la Srita. R visitó a su familia por primera vez desde que se unió al grupo decidió no regresar a él. Posteriormente fue molestada por los miembros del grupo que llamaron a la casa de sus padres de día y de noche. Las llamadas eran amistosas e inicialmente expresaban preocupación y rogaban a la Srita. R que regresara al grupo expresando temores por su "bienestar moral" pero pronto comenzaron a hacerle amenazas ambiguas. La Srita. R estaba convencida de que los miembros del grupo vigilaban la casa de sus padres y la observaban.

Asistió a una organización de salud mental comunitaria de la localidad por insistencia de sus padres, pues desarrolló paranoia, ansiedad y diversos ataques de pánico. La Srita. R se quejó de insomnio, síntomas de depresión y ansiedad, y síndromes de trastorno de tensión postraumática como hipervigilancia y fácil respuesta de sobresalto. Durante la evaluación se observó que estaba ligeramente paranoica y atemorizada, aunque no demostró signos de psicosis.

Una llamada telefónica de un miembro del grupo al psiquiatra de la Srita. R para decirle que ella estaba "loca" confirmó sus sospechas de que la vigilaban. Se negó a usar antidepresivos, pero aceptó ser enviada a un grupo de apoyo de la localidad formada por ex miembros del culto. Dicho grupo la ayudó a sentirse más consciente del fuerte sentido de pérdida que experimentaba. Durante una de las juntas del grupo dijo "perdí algunos de mis mejores años y en realidad olvidé quién era yo. Mi autoestima está tan baja por la frecuencia con que me repetían que no me sería posible sobrevivir sin contar con la ayuda del grupo a cada minuto. Ahora tengo que aprender nuevamente a vivir mi propia vida".

La Srita. R efectuó una recuperación gradual. Sus síntomas disminuyeron mediante terapia individual y de grupo y más adelante estuvo de acuerdo en usar antidepresivos y obtuvo buenos resultados. Dos años después de dejar el grupo, inició una relación romántica por primera vez desde que tenía menos de 25 años y obtuvo trabajo como maestra de biología y ciencias ecológicas en una secundaria de la localidad.

Los miembros de grupos restrictivos permanecen en ellos por diversos periodos, que abarcan desde breves interacciones hasta varios años. Con frecuencia sufren depresión, ansiedad, síntomas de disociación y confusión y experimentan problemas de identidad personal. Debido a la naturaleza aislada o paranoica de algunos de estos grupos, en ocasiones los hijos de los miembros del grupo son criados con contacto mínimo con el mundo "exterior". Estos grupos aislados suelen ser dirigidos por individuos carismáticos, pero con frecuencia mentalmente enfermos. En ocasiones se producen violaciones de límites que incluyen abuso emotivo físico y sexual, y el médico debe estar alerta ante la presencia de trastorno de tensión postraumática y otras afecciones graves en sujetos que soliciten ayuda cuando deciden abandonar grupos restrictivos de este tipo.

Para las personas que están considerando dejar de participar en grupos restrictivos, los grupos de apoyo formados por anteriores miembros del grupo probablemente desempeñen un papel de suma importancia para alentarlos a dejarlo y ayudar a la transición hacia la vida fuera del grupo restrictivo. El uso de técnicas de "desprogramación" forzosas y coercitivas por especialistas profesionales sin entrenamiento en salud mental contratados por los miembros de la familia no es conveniente por diversas consideraciones legales: la detección involuntaria es considerada por el sistema legal como secuestro. Es conveniente que los miembros de la familia reciban referencias de profesionales de salud mental o a expertos en cultos que les orientarán sobre cómo interaccionar con los miembros de un miembro restrictivo.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LAS FAMILIAS Y GRUPOS

Los médicos reciben poco entrenamiento para trabajar con familias y a menudo se sienten abrumados por las demandas de tiempo, apoyo y orientación que les hacen las familias. Quizá otras reacciones emotivas se deriven de los propios antecedentes familiares de los médicos. A menudo los clínicos se desentienden de las familias e indican que sólo son responsables de los pacientes individuales. Estas actitudes y sentimientos quizá se deriven de falta de entrenamiento y conocimiento de aspectos familiares o de las propias experiencias familiares del médico. Es importante reconocer este tipo de sentimientos para evitar desviarse de los cuidados óptimos y quizá lo más conveniente sea recurrir a la experiencia adicional suplementada por orientación de profesionales consultores de salud mental.

El trabajo en sistemas más amplios a menudo conduce a respuestas emotivas de tipo más básico incluyendo confusión, desilusión y depresión, Los practicantes y los médicos con experiencia a menudo se quejan de frustraciones por no poder "luchar contra el sistema". Muchos practicantes se desalientan cuando observan las luchas de poder y los conflictos que se producen dentro del sistema médico y que alteran tanto los cuidados clínicos como la investigación.

Estefanía M, una estudiante de medicina de tercer año, recibió patrocinio por un año para llevar a cabo investigación básica en un laboratorio de la universidad. Al terminar el año se sintió agradecida por la experiencia, pero desalentada por las interacciones que observó en el laboratorio. Las envidias y los conflictos personales entre los investigadores de manera constante impedían que los distintos grupos de laboratorio cooperaran, lo que provocaba escasez de productos químicos y equipo muy necesario. Estos conflictos interferían drásticamente con su capacidad para alcanzar diversas metas. Le dijo a una de sus compañeras "era tan inocente que pensé que la práctica de la ciencia lograba vencer de alguna manera las fallas humanas de los propios científicos. No me di cuenta de que los científicos son tan humanos como otras personas. Un científico exitoso tiene que comportarse de manera política para tener éxito y no me siento cómoda afrontando este tipo de luchas internas".

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La relación tradicional entre el médico y el paciente y el papel del médico como abogado de los pacientes individuales ha constituido la clave para la toma de decisiones éticas. Aunque es conveniente contar con destreza y experiencia en trabajar con familias, el enfoque entre todas las familias o trabajar en sistemas más amplios para suministros de cuidados de salud desplaza al médico con respecto a la relación entre él y el paciente y plantea diversos dilemas éticos.

Los dilemas que surgen al trabajar con familias incluyen aspectos relacionados con la confidencialidad. Por ejemplo, ¿hasta qué grado tiene un menor de edad derecho a la confidencialidad?, ¿hasta qué grado puede el médico apoyar de manera eficaz los mejores intereses del paciente si desplaza el enfoque de su trabajo para abogar en pro del bienestar de.la familia?

Florencia N, una joven en el último año de preparatoria fue referida para psicoterapia como externa a consecuencia de ansiedad en situaciones sociales. La Srita. N explicó que sus padres se entrometían mucho en sus actividades y que en ocasiones la espiaban cuando salía con sus amigos. A través de la terapia, la Srita. N comenzó a desarrollar más autoestima y asertividad.

Un mes después, la mamá de la Srita. N se comunicó con la terapeuta para quejarse de que su hija se estaba comportando de manera muy testaruda. Además, sus padres se sentían incómodos porque la hija estaba considerando mandar solicitudes de ingresos a universidades "que se encontraban excesivamente lejos". Estaban preocupados, pues consideraban que la terapia la impulsaba a ser demasiado independiente. Querían vigilar su terapia porque la Srita. N se negaba a divulgar el contenido de las sesiones e insistieron en que la psicoterapeuta les llamara después de cada sesión para compartir con ellos los detalles de la misma.

La terapeuta se dio cuenta de que se encontraba en una difícil situación de doble nudo. Aunque la Srita. N era menor y, sus padres estaban pagando la terapia, la terapeuta consideró que el deseo de más autonomía constituía un paso saludable en el desarrollo de la joven y que los padres intentaban seguir participando en la vida de su hija. La terapeuta explicó a los padres que si cumplía con sus deseos sabotearía el resultado de la terapia, ya que comprometería el

derecho a la confidencialidad de la paciente, pero ellos insistieron en su derecho legal de mantenerse totalmente informados del progreso de su hija. La terapeuta convocó a una junta de familia en la cual la Srita. N y sus padres asistieron con reticencia. La terapeuta colaboraba en la junta para llegar a un acuerdo de que la Srita. N no tenía que divulgar los detalles de la sesión y recomendó a los padres la terapia para parejas con el fin de ayudarles a resolver sus propios problemas.

## El entrenamiento médico y el equipo de cuidados para la salud

Los practicantes que ocupan lugares inferiores en la estructura de poder de los equipos médicos también afrontan dilemas éticos cuando se les dan instrucciones para llevar a cabo tareas que ellos consideran contrarias a los mejores intereses del paciente. Quizás a consecuencia de la intensa presión del equipo, los estudiantes actúen violando sus propios valores o se arriesguen a recibir malas evaluaciones o experimentar ostracismo por parte del grupo.

Cierto estudiante de medicina inició su primera rotación clínica en el servicio quirúrgico. Recibió poca orientación pero le indicaron que trabajara con uno de los internos. El interno dio instrucciones al estudiante para insertar un catéter de Foley en la uretra de un paciente que se iba a someter a cirugía 30 minutos después. Este paciente estaba muy preocupado por el dolor y pidió al estudiante que insertara el catéter después de que lo anestesiaran. Este transmitió la petición al interno quien se enojó y el dijo "tenemos que hacer cosas que a los pacientes no les agradan. No tenemos el tiempo para tomarlos de la mano y tranquilizarlos. Si quieres aprobar esta rotación y llegar a ser médico, ¡necesitas apretarte el cinturón y ponerte a trabajar!"

El estudiante regresó a la habitación del paciente, quien de nuevo le pidió que aguardara. Entonces decidió ponerse en contacto con un residente de segundo año, quien le dio autorización para tomar en cuenta los deseos del paciente. El interno se enojó porque el estudiante se puso en contacto con alguien superior a él. El estudiante se puso en contacto con su mentor, un pediatra que trabajaba en otro hospital y éste apoyó su decisión y lo alentó a que no comprometiera sus criterios éticos.

**Discusión.** Aunque este tipo de incidentes que provocan confrontaciones son poco comunes en el curso de las rotaciones clínicas, a menudo dichos sucesos ejercen efectos profundos en el sentido de identidad profesional de los estudiantes y posiblemente favorecen la posibilidad de futuros compromisos éticos. Estas situaciones son similares al experimento de Milgram (descrito con anterioridad en el presente capítulo) en el cual los individuos tienen que luchar contra sus propias limitaciones para desafiar a figuras de autoridad. En este caso el estudiante experimentó impulsos conflictivos de realizar lo que él consideraba como mejor para el paciente (adhiriéndose a las normas éticas de cuidados) y su deseo de adaptarse al equipo médico, obtener una evaluación satisfactoria y continuar con su entrenamiento. Es conveniente que los estudiantes mantengan el contacto con sus mentores o consejeros, quienes pueden proporcionarles orientación confidencial cuando se encuentren en situaciones difíciles de este tipo.

## Los médicos y los sistemas de salud de tipo más amplio

El final de la era de los médicos independientes y del pago por consulta como resultado de que las aseguradoras cubran el pago de los servicios de salud, los médicos cada vez más trabajan en grupos y a menudo interaccionan con o trabajan para organizaciones para preservación de la salud o con compañías de administración de cuidados sanitarios. En consecuencia, los médicos en ocasiones afrontan compromisos de tipo dual y conflictivo hacia los pacientes y hacia las compañías aseguradoras. Los médicos que trabajan bajo **contratos capitados** a menudo reciben determinada cantidad de fondos para cuidar de miles de pacientes y en esencia asumen la responsabilidad de aseguradores financieros. Estos médicos deben fijar sus límites por lo que respecta a servicios especializados para los pacientes o arriesgarse a perder sus propios ingresos.

Este tipo de cambios, y la conciencia creciente de responsabilidad del médico y culpabilidad por el aumento en el costo de cuidados de la salud alientan a los médicos a considerar las restricciones económicas con respecto a los cuidados para los pacientes. El **racionamiento de los cuidados,** que es la práctica de limitar los cuidados de salud costosos con poca probabilidad de éxito, provoca controversias por la ambigüedad ética inherente al papel dual del médico como abogado de los pacientes individuales y del grupo de pacientes atendidos por el sistema de cuidados para la salud.

Cierto paciente con esquizofrenia desarrolló insuficiencia renal y requería diálisis; sin embargo, no asistió a las sesiones que se le programaron como externo. En vez de ello, se presentaba a la sala de urgencias cada cuatro a seis semanas con náusea y fatiga relacionada con

uremia y anormalidades de los electrólitos. Entonces era ingresado al hospital para una breve estancia y dos o tres sesiones de diálisis.

El equipo médico a cargo del paciente presentó el caso ante el comité de ética del hospital argumentando que la negativa del paciente a participar en cuidados como externo y las hospitalizaciones subsecuentes resultaban "demasiado costosas para el sistema". El equipo propuso que a su siguiente ingreso del Sr. M se le dejara de suministrar diálisis como paciente externo o interno, proporcionándole sólo cuidados paliativos para mantenerlo cómodo y permitiendo que muriera en algunas semanas.

Algunos miembros del comité de ética señalaron que esa decisión equivalía a permitir la muerte del paciente, ya que no podría sobrevivir sin la diálisis. Otro se preocuparon porque consideraron que si se tomaba esa decisión estableciera un precedente que podría conducir a negar cuidados a otros pacientes difíciles, creando una política *de facto*.

En último término se señaló que los gastos del paciente por la hospitalización mensual regular probablemente no eran muy superiores a la diálisis tres veces por semana. Por lo tanto, no existía un motivo económico para negarle los cuidados. El equipo médico exploró su frustración con el caso y se dio cuenta de que sus propias reacciones emotivas ante el paciente los habían conducido a recurrir a una premisa económica falsa como justificación para dejar de cumplir su deber de abogar por las necesidades del paciente. Se les alentó a continuar ofreciéndole cuidados continuos y a aceptar su comportamiento de solicitud de cuidados.

## CONCLUSION

El entrenamiento médico tradicional imparte a los médicos un sentido de seguridad y competencia para controlar a pacientes individuales. Sin embargo, a menudo los médicos no cuentan con las destrezas o la experiencia que se requieren para trabajar con confianza con familias y grupos más grandes. No basta simplemente con curar la enfermedad; los médicos deben realizar sus actividades de cuidado de la salud con una perspectiva más holística y aplicando el método de sistemas. Desafortunadamente, aunque se dispone de entrenamiento de este tipo, sería necesario que muchos practicantes solicitaran de manera activa instrucción en estas áreas u obtuvieran experiencia adicional al plan de estudios de los programas tradicionales de residencia.

Si los médicos logran modificar parcialmente su enfoque del paciente individual hacia grupos sociales más grandes, necesitarán establecer nuevas guías para lograr un funcionamiento eficaz y ético en estas áreas. Algunos de los retos que probablemente tengan que afrontar son facilitar la salud de la comunidad mediante actividades para la salud pública; desarrollar programas para las familias; afrontar problemas sociales como el embarazo en adolescentes, uso de sustancias y violencia.

No obstante, el método de sistemas que considera que el médico desempeña el papel de "ecólogo humano" o experto en interacciones de grupo familiares y sociales y sus efectos sobre la salud y la enfermedad, constituyen un modelo atractivo y poderoso que quizá permita vencer las limitaciones del enfoque actual en pacientes individuales y expandir el papel del clínico en la comunidad.

## REFERENCIAS


Bateson G: *Steps to an Ecology of Mind.* Ballantine, 1972.

Conway F, Siegelman J: *Snapping: America's Epidemic of Sudden Personality Change.* 2nd ed. Stillpoint, 1995.

Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA: Do clinical clerks suffer ethical erosion?: Students perceptions of their ethical environment and personal development. Acad Med 1994;69(8):670.

Finkel J: Physician countertransference: impact on patients, treatment team and adaptation to illness. In: Finkel J (editor): *Consultation-Liaison Psychiatry.* Grune & Stratton, 1983.

Gardner H (in collaboration with Laskin E): *Leading Minds: An Anatomy of Leadership.* Basic, 1995.

Goleman D: *Vital Lies, Simple Truths.* Simon & Schuster, 1985.

Greenblatt M: The use and abuse of power in the administration of systems. Psychiatr Ann 1986; 16( 11 )650.

Halperin DA: Psychiatric perspectives on cult affiliation. Psychiatr Ann 1990;20(4):204.

Hughes P, Brecht G: *Vicious Circles and Infinity: An Anthology of Paradoxes.* Penguin, 1980.

Krener P, Adelman R: Parent salvage and parent sabotage in the care of chronically ill children. Am J Dev Childhood. 1988; 124:945.

Luepnitz DA: *The Family interpreted.* Basic, 1988.

Principles of Systems and Cybernetics: http://pcs.pmcl.vub.ac.be/CYBERSPIN.html

Raven B: A taxonomy of power in human relations. Psychi atr Ann 1986;16(11):633.

Shur R: *Countertransference Enactment: How Institutions and Therapists Actualize Primitive Internal Worlds.* Aronson, 1994.

Singer MT, Halich J: *Cults in our Midst.* Jossey-Bass, 1996.

Stein H: *American Medicine as Culture,* Westview, 1990.

Tannen E: *Why Things Bite Back.* Vintage, 1997.
Tolbert WR: *The Power of Balance.* Sage, 1991.
Watzlavick P: *Change: Problem Formation and Problem Solution.* Norton, 1988..
Yalom I: *The Theory and Practice of Group Psychotherapy.* 4th ed. Basic, 1995.

# Aspectos relacionados con la mujer en la salud mental

# 18

*Sudha Prathikanti, MD*

Desde el punto de vista histórico, las teorías psicológicas basadas en las experiencias de los varones han determinado las normas clínicas para valoración de salud mental y tratamiento. Como consecuencia del uso de estos modelos con sesgo masculino, a menudo las características psicológicas del desarrollo femenino han sido consideradas como inmaduras, pasivas o patológicas. Hasta hace poco, las investigaciones de psiquiatría no tomaban en cuenta las diferencias entre los sexos y los investigadores a menudo incluían en sus estudios sólo a sujetos de sexo masculino (o los incluían en número inusitadamente alto). Este sesgo ha resultado en conocimientos muy limitados con respecto a la manera en que el género influye en las causas y presentación de los principales trastornos psiquiátricos, la respuesta del paciente a los medicamentos psicotrópicos y la eficacia de diversas modalidades de tratamiento.

En la actualidad, un cuerpo cada vez mayor de literatura psiquiátrica toma en cuenta temas pertinentes a las experiencias femeninas. Estos temas incluyen desarrollo psicológico temprano y formación de la identidad femenina, impacto del funcionamiento reproductivo sobre la salud psicológica femenina, diferencias en los diagnósticos psiquiátricos y las respuestas de tratamiento según el género y efectos de la violencia contra la mujer.

## LA IDENTIDAD SEGUN EL SEXO Y EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD

A pesar de los cambios introducidos por el movimiento feminista, las mujeres de la mayoría de las culturas a nivel mundial continúan siendo las principales cuidadoras de los niños pequeños; de manera significativa, los varones participan menos en la crianza temprana de los hijos. Este arreglo ejerce efectos perdurables sobre el desarrollo de la personalidad de los niños pequeños y la adquisición de modelos de identidad de género y papel de género.

La **identidad de género** se refiere al sentido internalizado de femeneidad ó masculinidad y al conocimiento del propio sexo biológico, incluyendo los atributos psicológicos que con él se vinculan. Parece ser que la identidad interna del género se encuentra bien establecida aproximadamente desde los 18 meses de edad. Una vez establecida, no parece ser reversible; sin embargo, conforme el niño crece su propia identidad de género continúa evolucionando y adquiere facetas múltiples.

El **papel según el género** se refiere a las expectativas, actitudes y comportamiento que se consideraran adecuados para cada sexo en determinada cultura. Existen considerables variaciones culturales por lo que respecta a roles y expectativas para varones y mujeres; no todas las culturas valoran los mismos rasgos, del mismo modo que no consideran que estos rasgos sean específicos para determinado sexo. Además, es posible que el individuo posea una identidad clara de su género como masculino o femenino, pero siga experimentando conflictos con respecto a su papel de comportamiento específico según su género.

Cuando la madre (o una mujer adulta) es la principal cuidadora de los lactantes, se transforma en la figura con quien niños y niñas se identifican en la niñez temprana. Dentro de este contexto, donde se carece de figura masculina primaria para vinculación, el principal método en que un varón adquiere su identidad de género masculina, depende de: a) alcanzar una distancia emotiva y separación de la madre y b) reforzar su diferenciación de la madre mediante adherencia rígida a roles del género masculino. Conforme el niño crece, lucha en contra de tener "demasiada" intimidad emotiva con su madre, ya que una unión afectiva excesiva con ella, equivaldría a que perdiera su sentido masculino de sí mismo. Para preservar esta identidad masculina obtenida con tanta dificultad, adquiere una actitud vigilante (tanto de tipo consciente como inconsciente) para definir y preservar fuertes límites emoti-

vos. Aunque quizá esto facilite su capacidad para toma objetiva de decisiones interpersonales, quizá le produzca dificultades posteriores de intimidad y de reconocimiento de necesidad saludable de independencia.

Conforme la niña pequeña crece, no tiene que romper sus lazos afectivos primarios con su madre; en vez de ello desarrolla su sentido de femeneidad dentro del contexto de lazos continuos e íntimos con la madre. Sin necesidad de romper estos lazos y a edad temprana, aprende muchas cosas con respecto a crianza, empatía y empatía emotiva hacia otros y a menudo experimenta su sentido más profundo de afirmación personal al formar relaciones con otras personas. Aunque quizá la niña destaque en actividades y decisiones que requieran que coopere y se acomode a las necesidades de otros, tal vez experimente dificultad para expresar ira y autonomía, ya que pareciera que ambas características amenazan la integridad de sus relaciones.

De este modo, dentro del contexto en el cual las mujeres son las principales cuidadoras de los niños pequeños, la adquisición de identidad de género conduce a que los niños tengan diferentes puntos fuertes de las niñas, desde el punto de vista psicológico, y distintas áreas problemáticas. Sin embargo, históricamente se ha considerado que los resultados del proceso de desarrollo masculino constituyen la señal de madurez psicológica para hombres y para mujeres. La tendencia de las mujeres a organizar las selecciones de su vida en torno a sus conexiones y preocupación por otros a menudo ha sido caracterizada diciendo que se debe a "masoquismo", "dependencia excesiva" o "falta de un superego fuerte". Las fuerzas femeninas desde el punto de vista psicológico han sido negadas o devaluadas persistentemente a favor de mayor separación, autonomía y capacidad para toma de decisiones con base en principios abstractos en vez de empatía. Á medida que los clínicos integren las recientes investigaciones sobre psicología femenina al cuidado de sus pacientes, quizá desarrollen más compasión y respeto hacia sus pacientes femeninas, permitiendo así que tomen decisiones de manera más congruente con sus valores y expectativas de vida.

La Sra. T era una mujer casada de 26 años que asistía regularmente al médico de cuidados primarios para control de la diabetes. Tenía dos hijos, ambos menores de cinco años, y trabajaba en el hogar. Durante su anterior visita a la clínica se observó que estaba muy deprimida, presentaba signos neurovegetativos de depresión, como insomnio y fatiga. Sus padres, que eran ya mayores, se habían cambiado recientemente a casa de ella porque estaban enfermos y criticaban sus métodos para criar a sus hijos y también el "sucio estado" de su casa.

Durante su visita a la clínica, la Sra. T estaba llorosa y abrumada y dijo, "después de todos estos años no ha cambiado nada; mis padres siguen siendo muy duros y demandantes". Sin embargo, dijo que se sentía responsable por ellos y creía que era su deber cuidarlos. Aunque el Sr. T estuvo de acuerdo en que sus suegros se quedaran en su hogar, no ofrecía mucho apoyo emotivo a su esposa.

El médico de cuidados primarios prescribió un antidepresivo a la Sra. T. Seis semanas después dormía mejor y su energía había aumentado, pero seguía llorosa y deprimida y reportó que sus padres seguían molestándola y realizando comentarios humillantes sobre ella. Su médico se sintió frustrado e impaciente mientras escuchaba su relato e intentó sin éxito convencerla de que encontrara otro sitio donde sus padres pudieran vivir.

Posteriormente, el médico discurrió el caso con un experto psiquiatra y expresó la opinión de que la Sra. T parecía "masoquista" y necesitaba "más independencia de sus padres". El psiquiatra comentó la situación de manera distinta: consideró que la Sra. T valoraba mucho su papel de cuidar de otros; su identidad se relacionaba de manera profunda con sus relaciones familiares, las cuales desgraciadamente no le proporcionaban el apoyo empático que ella valoraba tanto. En vez de alentarla a romper las relaciones familiares que tenía (acción que alteraría de manera profunda su sentido fundamental de identidad personal), probablemente se beneficiaría más de formar nuevas relaciones que le ofrecieran algo de cercanía emotiva y reciprocidad de las que carecían sus interacciones con sus padres y su marido.

El psiquiatra aconsejó al médico de cuidados primarios que continuara tratando la depresión de la Sra. T con el antidepresivo, pero que la enviara además a un grupo de apoyo para mujeres de la localidad y a algunas clases para padres. Su esposo se negó a asistir a la orientación de parejas, pero estuvo de acuerdo en cuidar de los niños una vez a la semana para que la Sra. T pudiera asistir al grupo de apoyo. Dos meses después, la Sra. T manifestó que se sentía mucho mejor. Sus padres continuaban con actitud crítica, pero ella se sentía menos sensible ante sus comentarios porque su instructor de la clase para padres le había dicho que ella era una buena madre. Formó nuevas amistades en esta clase y también en el grupo de apoyo y estas mujeres la escuchaban entendiendo de lo que hablaba, como las dificultades con sus padres y simultáneamente admiraban su decisión de

cuidar de ellos. Tras discutir su situación en el grupo de apoyo, la Sra. T hizo arreglos para que sus padres visitaran a un pariente cercano en otra ciudad algunas semanas y así contar con algo de tiempo para su marido y sus hijos.

## FUNCION REPRODUCTIVA Y SALUD PSICOLOGICA DE LA MUJER

### TAREAS DE DESARROLLO DURANTE EL EMBARAZO NORMAL

Según la teoría psicoanalítica clásica, el deseo de la mujer de tener hijos se deriva de su desilusión de no poseer un pene; por lo tanto, ella sustituye su deseo de tener un pene por el deseo de tener un bebé, y al dar a luz acepta su autoimagen femenina de "castración". Teorías posteriores han puesto en tela de juicio de manera rigurosa la noción de que la envidia del pene constituye el real origen del deseo femenino de tener un hijo. Algunos de los teóricos sugieren que el deseo de ser madre constituye un impulso biológico inherente, mientras que otros consideran dicho deseo como una identificación afectiva de tipo positivo con la esencia y singularidad de la femeneidad: la capacidad para concebir y dar a luz. En cualquier caso, el embarazo da a la mujer una importante oportunidad de aproximarse nuevamente y trabajar con aspectos claves de su identidad femenina. A medida que la mujer se prepara para ser madre, el embarazo puede revivir conflictos no resueltos con respecto a los cuidados que ella recibió durante su niñez por parte de sus padres. Dependiendo de la manera en que la mujer afronte estas tareas de desarrollo, quizás el embarazo constituya un catalizador para profundizar su crecimiento psicológico y su compresión de sí misma.

Durante el primer trimestre, en el cual el embarazo suele diagnosticarse, la mujer afronta la tarea de reconocer esta realidad fisiológica y tomar una decisión adecuada con respecto a continuar con el proceso. Las expectativas culturales sobre la maternidad y el estado financiero de la mujer, sus creencias religiosas y su relación con el padre de su hijo, sin duda ejercerán un impacto considerable sobre esta respuesta inicial. Aunque el embarazo haya sido planeado, quizá la mujer vacile entre sentimientos de intenso temor, ambivalencia y emoción y exaltación conforme su deseo de transformarse en madre se convierte en realidad. La relación que tuvo con su propia madre afectará de manera significativa su confianza en su capacidad para "sobrellevar" el embarazo y la maternidad. Si el embarazo es no deseado o no anticipado, su vacilación emotiva se hará más intensa conforme confronte la decisión de someterse o no al aborto. Carr (1993) observa que "el embarazo altera el curso de la vida de la mujer irreversiblemente; una vez embarazada no puede regresar a la psicología que tenía antes del embarazo. Inclusive en la mujer que elige someterse al aborto inducido [el embarazo] confirma la femeneidad fundamental de sus rasgos biológicos".

Durante el segundo trimestre, conforme el embarazo se hace más visible, la mujer afronta la tarea de asimilar la alteración de su imagen corporal. Por una parte, es probable que su abdomen de embarazada señale su fecundidad y aumente su placer en su identidad femenina. Por otra parte, quizá su cuerpo se sienta distinto y el aumento de circunferencia de su abdomen y otros cambios psicológicos le produzcan sensación de resentimiento, pérdida o falta de control al compararse con su estado antes del embarazo. Además, en el curso del segundo trimestre, al experimentar el movimiento fetal, el enlace emotivo entre la mujer y el bebé suele intensificarse. Este aumento de vinculación maternofetal quizá dé lugar a una actitud de tipo pasivo y enfocada hacia el interior por parte de la mujer. La creciente fortaleza de los lazos de la mujer con el bebé y el conocimiento de que está trayendo a un nuevo ser al mundo le ayudarán a resolver los sentimientos de ambivalencia que pueda tener con respecto a la alteración de su imagen corporal.

Durante el tercer trimestre, conforme la carga física del embarazo se hace más pronunciada, la mujer suele experimentar más fatiga, incomodidad y se siente impaciente porque el embarazo termine. De manera simultánea, quizá tema al dolor unido al trabajo de parto y el parto y experimente más ansiedad sobre las posibles anormalidades fetales. Es probable que se intensifique su preocupación sobre su capacidad para cuidar del niño y tal vez se preocupe por los cambios que éste introducirá en las relaciones existentes. En contraste con la ambivalencia transitoria hacia el feto que a menudo se observa en el primer trimestre, el rechazo emotivo hacia el mismo en el curso del tercer trimestre, a menudo constituye una señal de advertencia de dificultades posteriores para vincularse con el recién nacido.

M, una mujer soltera de 34 años, se presentó a la sala de urgencias quejándose de dolor de espalda. Se veía delgada y poco arreglada e iba vestida con un suéter flojo y una falda. El médico que la examinó se sorprendió cuando observó que parecía que se encontraba en el tercer trimestre del embarazo. Su estado gestacional se confirmó mediante la prueba de HCG (gonadotropina coriónica humana) en orina.

Cuando se le preguntó por qué no reportó inicialmente su embarazo a la enfermera que la recibió, la Sra. M replicó impasible: "no creí que se relacionara con mi dolor de espalda". No

había solicitado cuidados prenatales y cuando se le preguntó la fecha probable del parto, ella replicó "creo que el próximo mes". M conversó con facilidad con el personal del hospital, pero se observó que durante la conversación no hacía referencias hacia su bebé. Durante una entrevista más detallada con el psiquiatra consultor, M no presentó evidencia de psicosis ni afecciones cognoscitivas.

M reportó que el embarazo era resultado de una relación romántica breve y muy desilusionante con un hombre que posteriormente se había ido de la ciudad. Dijo que inicialmente consideró someterse a un aborto, pero "no había tenido dinero para ello", por lo cual decidió "continuar con el embarazo y tener al bebé". Dijo que conservaría al bebé, pero no había hecho ningún plan para recibirlo y continuaba trabajando horarios prolongados en su empleo de mesera, él cual le ocasionaba muchas demandas físicas.

Después del alta de la sala de urgencias con prescripción de un relajante muscular, M no cumplió con su cita en la clínica de obstetricia. Tres semanas después se presentó en el hospital con trabajo de parto activo y dio a luz a una niña saludable. Después del parto, M no quiso que le trajeran a su hija ni fue a verla a la sala de cuna. Parecía que estaba más preocupada en obtener autorización para fumar. El equipo de obstetricia solicitó una valoración psiquiátrica de la capacidad de M como madre y el psiquiatra determinó que ella presentaba notables dificultades de vinculación con su hija, por lo cual notificó al servicio de protección infantil y tras una extensa entrevista, M decidió dar a su hija en adopción.

## USO DE MEDICAMENTOS PSICOTROPICOS DURANTE EL EMBARAZO

Además de los retos del desarrollo ocasionados por el embarazo, algunas mujeres deben afrontar perturbaciones psiquiátricas graves, tanto ya existentes como nuevas durante este periodo. La incidencia de trastornos mentales graves, como depresión grave o psicosis, no es mayor durante el embarazo; sin embargo, en caso de que ocurra psicosis, depresión grave, manía o trastornos de ansiedad debilitantes en las embarazadas, será preciso tratarlos con rapidez y eficacia. Cuando la mujer embarazada no es tratada con medicamentos adecuados para estos trastornos (intentando minimizar los efectos adversos para el feto) ella y el bebé corren el riesgo de:

- negativa a recibir cuidados prenatales,
- malnutrición,
- intentos de parto autoinducido de tipo prematuro,
- parto precipitado (cuando la paciente da a luz a su hijo de manera rápida y posiblemente en circunstancias peligrosas),
- abuso fetal o neonaticidio.

La Sra. C, una mujer sin hogar de 30 años de edad, con antecedentes de trastorno esquizoafectivo, se presentó con un neonato muerto en el hospital del condado en la víspera de Navidad. Había dejado de tomar medicamentos psiquiátricos por más de dos años, y recientemente se habían mudado a un área urbana grande y había vivido por dos días en un hotel barato. Dijo que había dado a luz en el baño del hotel y explicó: "tuve que ir al baño y, cuando me miré, el niño había salido; ni siquiera sabía que estaba embarazada".

Reportó que el niño había nacido vivo y que ella cortó el cordón umbilical con un cuchillo de plástico que había tomado de un restaurante de alimentos rápidos. No fue al hospital de inmediato porque "aunque estaba todo cubierto de sangre, era como un milagro...mi hijo había nacido la víspera de Navidad...la habitación se llenó de luz blanca cuando nació.. .Dios me dijo que éste era un regalo especial para mí y no quería compartirlo con nadie". Quedó dormida poco después del parto y cuando despertó varias horas más tarde el bebé había muerto, al parecer, de insuficiencia respiratoria.

**Diagnóstico.** Trastorno esquizoafectivo (eje I).

Los **efectos teratógenos** (defectos congénitos provocados por los medicamentos) se limitan a las primeras 10 semanas de gestación cuando se desarrollan los órganos; por lo tanto, la mayoría de los clínicos evitan administrar agentes psicotrópicos en este periodo, con excepción de los casos más extremos de psicosis o ideas suicidas. Parece que los fármacos psicotrópicos son más seguros durante el segundo y el tercer trimestres, aunque muchos clínicos los prescriben a dosis más bajas durante el embarazo y descontinúan los medicamentos dos semanas antes del parto para minimizar la toxicidad y la supresión en el recién nacido.

En general, parece ser que el uso de neurolépticos de alta potencia y de antidepresivos tricíclicos es relativamente seguro durante el embarazo. Los datos preliminares sobre la fluoxetina también parecen indicar relativa seguridad durante el primer trimestre. Como se han obtenido datos conflictivos sobre posibles anormalidades de paladar hendido y labio leporino con el uso de benzodiacepinas durante la gestación

temprana, la mayoría de los clínicos evita prescribir estas sustancias en el primer trimestre. Los estabilizadores del estado de ánimo como litio, valproato (ácido valproico) y carbamacepina se han relacionado con efectos teratógenos definitivos cuando se usan en el primer trimestre: se observan anomalías cardiovasculares cuando se usa litio, el valproato se vincula con defecto del conducto neural y la carbamacepina con anormalidades cráneo faciales.

## TRASTORNOS PSIQUIATRICOS EN EL POSPARTO

Desde hace tiempo los médicos han reconocido que las mujeres corren mayor riesgo de sufrir perturbaciones mentales en el año siguiente a dar a luz. Al comparar las tasas de ingreso al hospital psiquiátrico antes del parto y después del mismo, Kendell (1987) demostró un aumento seis veces mayor en ingresos psiquiátricos durante el primer mes del posparto y un aumento equivalente casi al cuádruple en los tres primeros meses del posparto. Más de la mitad de las mujeres que ingresaron porque necesitaban hospitalización psiquiátrica después del parto carecían de antecedentes psiquiátricos previos. Los trastornos afectivos son las perturbaciones que se diagnostican con mayor frecuencia y abarcan desde "melancolía" del posparto hasta depresión grave y psicosis de posparto.

La literatura médica refleja controversias con respecta al motivo por el cual las mujeres son más vulnerables desde el punto de vista psiquiátrico después del parto. Se producen cambios fisiológicos considerables en el curso del trabajo de parto y después del parto, y varios autores sugieren que el aumento de trastornos psiquiátricos quizá se relacione con desequilibrios de líquidos, de electrólitos y de tipo hormonal que se producen durante este periodo. Por ejemplo, los corticosteroides y endorfinas beta plasmáticas se elevan en forma marcada durante el parto de trabajo y después descienden con rapidez a las pocas horas después del parto.

En los tres primeros días después del parto, los niveles de progesterona y estriol se reducen drásticamente, mientras que los niveles de prolactina permanecen elevados. Varios días después del parto suele producirse una pérdida significativa de peso acompañada de un aumento de excreción de sodio y disminución en la excreción de calcio. Otros cambios fisiológicos como los niveles de triptófano, AMP cíclico y monoaminooxidasa (MAO) plaquetaria en el posparto quizá se relacionen con el desarrollo de trastornos esquizoafectivos. Sin embargo, no se ha establecido una correlación directa entre estos factores biológicos y el inicio de trastornos psiquiátricos específicos. Los factores psicosociales como nivel socioeconómico bajo y poco apoyo social, conflictos con el padre del niño, las responsabilidad de amamantar y cuidar del niño y tos temores sobre el papel de madre, las restricciones financieras y el cambio de estatus en el empleo, pueden exacerbar la tensión inducida biológicamente.

### Psicosis de posparto

La **psicosis de posparto** es una forma rara, pero generalmente grave de psicosis, con incidencia de 0.1 a 0.4%. El riesgo de psicosis aumenta en el año siguiente al parto. El factor etiológico más significativo para psicosis de posparto parece ser una predisposición genética al trastorno bipolar. Aunque el diagnóstico diferencial de la psicosis de posparto incluye esquizofrenia, depresión con rasgos psicóticos y uso de sustancias, la causa más frecuente de psicosis después del parto es la manía.

**A. Signos y síntomas.** Los síntomas se desarrollan con inicio sumamente rápido, de modo que la mujer pasa de una cognición basada en la realidad a la psicosis declarada en el lapso de 48 horas. Existe un riesgo pequeño pero significativo de infanticidio o suicidio. La madre con frecuencia desarrolla ilusiones extrañas que incluyen al lactante o a ella misma; en ocasiones también experimenta ideas delirantes visuales o auditivas, incluyendo alucinaciones de comando con órdenes de dañarse a sí misma o al bebé. En cierto caso, se observan los siguientes signos y síntomas:

- notable labilidad emotiva,
- estado de ánimo deprimido o elevado,
- confusión,
- tendencia a distraerse con facilidad,
- insomnio.

**B. Tratamiento.** El tratamiento consiste en separar a la madre de su hijo hasta que los síntomas se controlen con un antipsicótico y un estabilizador del estado de ánimo.

**C. Recurrencia.** Existe posibilidad de 50% de que la psicosis de posparto recurra en embarazos futuros, de modo que debe recomendarse con insistencia a la paciente que solicite cuidados psiquiátricos antes de volverse a embarazar.

> Laura S, una mujer de 27 años, fue llevada por su esposo al hospital. Se encontraba en estado de agitación y ese día había saltado a un río cercano. Explicó que deseaba recubrirse de lodo para "liberarse de todos los prejuicios del mundo". Estaba preocupada por el pecado y la redención y convencida de que, la segunda venida de Cristo era inminente. Su esposo explicó que él y la Sra. S se habían casado año y medio antes y deseaban iniciar una familia. Ella se

embarazó a los pocos meses después de la boda. Tras el parto vaginal normal de una niña saludable, la Sra. S alimentó a su hija aproximadamente nueve meses antes de destetarla.

Aproximadamente, en esas fechas su comportamiento se modificó de manera notable. Se puso inquieta y con mucha energía; por ejemplo, compró y envolvió sus regalos navideños cuatro meses antes de la fecha. Tenía dificultad para dormir más de dos o tres horas y se levantaba a media noche, encendía todas las luces y abría todas las llaves del agua de la casa porque consideraba que el agua y la luz tenían un efecto limpiador. Negó usar sustancias y la detección toxicológica en orina fue negativa.

El ginecoobstetra de la Sra. S solicitó una evaluación psiquiátrica de la paciente, pues creía que presentaba síntomas de psicosis de posparto. El psiquiatra estuvo de acuerdo y observó la presencia de síntomas que sugerían manía, incluyendo grandiosidad y menor necesidad de sueño. Los antecedentes familiares de la Sra. S eran notables porque un tío materno y su abuelo padecieron trastorno bipolar. El psiquiatra recomendó que la Sra. S tomara un curso de valproato (un estabilizador del estado de ánimo) como externa, y medicamentos antipsicóticos. Mejoró en pocas semanas y posteriormente descontinuó los medicamentos. Sin embargo, ni a ella ni a su esposo les advirtieron el riesgo de episodios recurrentes de psicosis de los embarazos futuros.

Dieciocho meses después se embarazó de nuevo. El curso prenatal y el parto se realizaron sin incidentes y dio a luz a un niño saludable. Aproximadamente seis meses después, su esposo observó que ella se retiraba del contacto social y tenía preocupaciones internas, y a menudo se quedaba despierta en cama varias horas a lo largo del día. Atribuyó este comportamiento a "las tensiones de la maternidad" y no le preocupó la posibilidad de recurrencia de episodio de psicosis, ya que ella actuaba de manera muy diferente a su primera presentación de manía.

Cierto día, el esposo regresó a casa y descubrió que su esposa había ahogado a su pequeño hijo. Ella había estado experimentando delirios recurrentes con respecto a su misión espiritual de preparar al mundo para la segunda venida de Cristo y había pasado varias horas rezando en cama por la redención de su marido. Comenzó a pensar que quizá su hijo "tuviera algo maligno" y que "quizá fuera como Lucifer después de que perdió la gracia". Estaba convencida de que el alma redimida de su hijo ocasionaría que su cuerpo resucitará de entre los muertos.

**Diagnóstico.** Trastorno bipolar (eje I).

## Depresión de posparto

La **depresión de posparto** es una perturbación psiquiátrica más frecuente y se estima que su incidencia es de 20%; sin embargo, en muchos casos no se detecta porque las madres tienen vergüenza de admitir los sentimientos de depresión durante el periodo posterior al parto, pues supuestamente deberían sentirse llenas de gozo. El trastorno es más frecuente después del primer parto. El inicio de la depresión ocurre gradualmente en un lapso de cuatro semanas a un año después del parto, y las tasas más elevadas de nuevos casos ocurren en el tercero y el noveno mes después del parto. Con frecuencia, la madre es incapaz de afrontar las demandas del cuidado del niño y queda ensimismada y no responde a las necesidades de su hijo. El riesgo de suicidio es poco frecuente pero el lactante corre alto riesgo de recibir cuidados inadecuados. Los factores etiológicos incluyen antecedentes personales o familiares de depresión grave, tensiones psicosociales y ambivalencia con respecto al embarazo.

**A. Signos y síntomas.** En ocasiones se observan los siguientes signos y síntomas:

- cambios del sueño, energía, apetito y libido,
- llanto fácil,
- melancolía,
- sensación de ser inadecuada.

**B. Tratamiento.** Por lo general, el tratamiento consiste en un curso de antidepresivos como externa, combinada con mayor apoyo social y psicoterapia. Si la depresión es grave, en ocasiones es necesario hospitalizar a la paciente.

**C. Recurrencia.** La recurrencia en algún embarazo futuro depende de la gravedad de la depresión y el grado de tensiones psicosociales.

Lisa L, una joven de 19 años, asistió acompañada de su tía al consultorio del ginecoobstetra. La tía expresó que estaba preocupada porque L se había deprimido y "últimamente no se comportaba como antes". Con cierta reticencia, L estuvo de acuerdo en discutir sus problemas. Reveló al médico que se sentía tensa desde que descubrió que estaba embarazada. Había entablado una relación estable con el padre del bebé, un joven que se dedicaba a la venta de automóviles, y entonces descubrió el embarazo no planeado.

A pesar de los recursos financieros limitados, la pareja decidió llevar a término el embarazo por sus creencias religiosas en contra del aborto. El novio aumentó sus horas de trabajo para ganar más dinero y así cubrir los gastos relacionados con el niño. Cuando la joven dio a luz a un niño saludable, su tía se cambió tempo-

ralmente con ella y su novio para ayudarla a cuidar del niño.

La tía planeaba pasar únicamente dos meses con la pareja, pero dudaba en abandonarlos porque estaba preocupada por la joven madre. En su opinión L se veía cada vez más cansada e irritable a lo largo del día y dormía más de 10 horas por la noche. No tenía apetito y había perdido casi 2.4 kilogramos con respecto a su peso antes de embarazarse. Olvidaba a qué hora tenía que alimentar al bebé, y se enojaba cuando ella se lo recordaba; no sabía dónde dejaba los medicamentos que el pediatra le prescribió para la infección del oído del bebé y la tía tuvo que comunicarse con el pediatra para solicitar otra receta.

Últimamente la tía se dedicaba más al cuidado del niño en respuesta a la llorosa declaración de L: "no soy una buena madre". La tía acompañó a L y al niño a su siguiente visita al médico y reportó sus preocupaciones al pediatra. L fue enviada al médico de cuidados primarios quien la diagnosticó de manera correcta depresión de posparto y le recetó un antidepresivo. Se aconsejó a la tía que continuara viviendo con L unas cuantas semanas más y se alentó al novio a trabajar menos por cierto tiempo.

Después de seis semanas los síntomas de depresión de L mejoraron significativamente. Admitió que se sentía ansiosa y abrumada con su nuevo papel de madre y agradeció el considerable apoyo de su tía y de su novio.

**Diagnóstico.** Depresión del posparto (eje I).

### Melancolía de posparto

La **melancolía de posparto** representa un síndrome sumamente frecuente de labilidad afectiva en el posparto que se caracteriza por cambios notables del estado de ánimo. Este síndrome tiene incidencia de 50% y no guarda relación etiológica con trastornos psiquiátricos graves. En general, los síntomas aparecen en los 10 días siguientes al parto y los síntomas más marcados ocurren del tercero al séptimo día después del parto. Para la madre o el niño no existen riesgos graves secundarios a este síndrome.

**A. Signos y síntomas.** En ocasiones se observan los siguientes síntomas:

- periodos de llanto,
- sensación de cansancio,
- incomodidad física,
- insomnio, ansiedad.

**B. Tratamiento.** Puesto que el síndrome desaparece espontáneamente en las dos semanas siguientes al parto, el tratamiento sólo consiste en calmar a la madre y darle más apoyo social.

**C. Recurrencia.** Es probable que el síndrome recurra en embarazos futuros, pero es posible asegurar a las madres de antemano que se trata de una afección autolimitante y bastante benigna.

## ABORTO INVOLUNTARIO

Cualquier pérdida prenatal o neonatal de un embarazo deseado ejerce efectos emotivos, ya sea que se deba a aborto espontáneo, embarazo ectópico, pérdida parcial fetal en un embarazo múltiple o síndrome de muerte infantil repentina (SMIR). Sin embargo, el aborto en el tercer trimestre o la muerte de lactante suele ejercer un impacto emotivo más devastador.

El duelo generalmente incluye varias etapas: choque inicial y negación seguidos de culpa, ira y desesperación, a menudo relacionados con preocupación desgarradora por el niño perdido. Las mujeres a menudo reportan la sensación de sentirse "vacías", y su autoestima se debilita de manera excesiva, además de su sentido de identidad femenina. Quizá experimenten notable envidia y resentimiento hacia sus amigas que hayan logrado más "éxito" en el aspecto reproductivo y hacia sus parientes y eviten tener contacto con ellas, aunque esto implique perder su apoyo y sus cuidados. Otra respuesta frecuente ante el aborto es la ira hacia el personal médico.

Para muchas mujeres, la reacción de duelo dura de seis a nueve meses tras la pérdida del niño. Sin embargo, no existe consenso entre los expertos en salud mental con respecto a la duración del duelo "normal"; el tiempo necesario para atravesar por las etapas del duelo y aceptar la pérdida es muy variable en las diversas mujeres. Los estudios psicológicos demuestran que la reacción de duelo de la madre suele ser más prolongada e intensa que la del padre. La intensidad de la reacción inicial de duelo no parece predecir la duración total del duelo.

La **reacción de duelo patológico** o **complicado** es un término bastante ambiguo que se refiere a una desviación en el proceso normal de duelo; se caracteriza por deterioro persistente del funcionamiento físico, mental y social, más allá de las normas que se observan como normales en el grupo cultural del individuo. Las manifestaciones de duelo patológico tras el aborto incluyen duelo crónico, ausente o distorsionado. Cuando se observa duelo distorsionado, suele aparecer como hostilidad furiosa, hiperactividad no dirigida o deseo obsesivo de recordar al hijo perdido. Un marcador constante de la reacción complicada de duelo es percibir falta de apoyo y preocupación con respecto a los profesionales médicos.

Otros factores que participan en la reacción complicada de duelo incluyen mala relación matrimonial,

problemas médicos y psicológicos preexistentes, problemas de fecundidad, no tener hijos vivos, edad gestacional avanzada en el momento de la pérdida fetal y ambivalencia hacia el embarazo. Se aconseja que las parejas que experimentan un aborto aguarden por lo menos seis meses antes de intentar tener otro hijo; la concepción en los seis meses siguientes a una pérdida fetal previa suele complicar el proceso de duelo, aumenta la ansiedad en el siguiente embarazo y distorsiona la vinculación de la madre con el próximo hijo. En las mujeres que eligen dar por terminado el embarazo recurriendo al aborto inducido, no se han descrito patologías psiquiátricas o patrones específicos de respuesta psicológica. Las mujeres en riesgo de enfermedades psiquiátricas tras el aborto inducido son principalmente aquellas con afecciones psiquiátricas, las que se someten al aborto bajo presión o por coerción, las que muestran notable ambivalencia con respecto a su decisión y quienes carecen de apoyo social.

La Sra. G, una asistente legal de 40 años de edad, tuvo una relación bastante volátil con un hombre, con duración de un año. Poco después de la difícil y prolongada ruptura, pues ella se resistía a poner fin a la relación, descubrió que estaba embarazada. Se puso en contacto con su ex novio, esperando que él regresara con ella al enterarse del embarazo. Pero para su desilusión e ira, él simplemente se ofreció a pagar un aborto. Ella se negó a recibir ayuda y solicitó orientación para el embarazo en la clínica de salud de la localidad.

A pesar de haber acudido varias semanas a la orientación, la Sra. G no estaba decidida con respecto a someterse al aborto. Como tenía conciencia de su "reloj biológico", temía que en caso de abortar quizá no tuviera otra oportunidad de ser madre. Sin embargo, consideraba que no era capaz de afrontar las obligaciones emotivas y financieras de ser madre soltera. Finalmente, a las 18 semanas de gestación, se decidió a someterse a un aborto.

La Sra. G se encontraba recostada sobre la mesa del tratamiento en la clínica para abortar cuando repentinamente se sentó y solicitó que el médico detuviera el procedimiento. El intentó explicarle que el procedimiento para abortar se encontraba demasiado avanzado como para que el feto fuera viable. La Sra. G comenzó a gritar a voz de pecho e intentó levantarse. Para evitar complicaciones médicas graves, el médico la sedó y terminó el aborto mientras se encontraba en ese estado.

Cuando el efecto de los sedantes desapareció, la Sra. G se enfrentó iracunda al personal de la clínica. Les acusó de haber "asesinado" a su bebé y se negó a aceptar cualquier responsabilidad por su ambivalencia con respecto al aborto. Fue referida a la clínica psiquiátrica para externos en donde se le sometió a evaluación por aborto.

Tras varias semanas en psicoterapia, aún no lograba aceptar su pérdida ni reconocer la importancia del feto como enlace simbólico con su ex novio. Pensaba obsesivamente acerca del niño perdido y expresaba ira en contra de su novio, el personal de la clínica de abortos y el psiquiatra. Después perdió el empleo porque no lograba concentrarse mientras trabajaba, ya que planeaba mentalmente los detalles de una "enorme demanda" en contra de la clínica donde realizaron el aborto. Como el psiquiatra no apoyó sus planes de demandar a la clínica, la Sra. G abandonó el tratamiento abruptamente.

**Diagnóstico.** Reacción de duelo patológico (eje I); considérese trastorno de la personalidad (grupo B) basado en los prolongados antecedentes de dificultades interpersonales (embarazo depredador) y externalización de rabia y responsabilidad.

## INFECUNDIDAD

La **infecundidad** se define como el fallo de concebir a pesar de que transcurre un año o más de relaciones sexuales sin protección. Diez a 15 % de las parejas estadounidenses resultan afectadas por la infecundidad. Aunque la disfunción reproductiva del varón contribuye en parte o totalmente al 40 a 50 % de los casos de infecundidad, en ocasiones se culpa a la mujer del problema por sesgos de la sociedad que también se observan en las actitudes de los médicos.

En parejas infecundas, las mujeres sufren más que los hombres porque no logran concebir; por ejemplo, 57% de estas mujeres considera que la infecundidad es lo peor que han tenido que afrontar en su vida y sólo 12% de los varones comparte esta opinión. En otro estudio, 40% de las mujeres infecundas reportó sufrimiento psicológico de gravedad clínica comparable a únicamente 13% de sus contrapartes masculinas. Parece que el trastorno psiquiátrico más común en respuesta a la infecundidad es la depresión, aunque también se observa ansiedad crónica, con disfunción sexual secundaria del tipo de impotencia e incapacidad para alcanzar el orgasmo y pérdida de la libido.

Las opciones para tratamiento de la infecundidad han aumentado gracias al descubrimiento de nuevas tecnologías reproductivas como fecundación *in vitro,* transferencia intrafalopiana de gametos y donación de óvulos; sin embargo, el costo tan alto de estos tratamientos de alta tecnología resulta prohibitivo para la mayoría de las parejas infecundas. Con tasa de éxito

de tan sólo 15 a 20%, muchas parejas que recurren a estos tratamientos costosos y médicamente demandantes llegan a experimentar mayor sensación de ira, desilusión y pérdida con respecto a su infecundidad. En estos casos, el clínico debe ayudar a la pareja a decidir cuándo "dejar de efectuar pruebas" y darles el apoyo emotivo adecuado en el curso de toda la evaluación y tratamiento de la infecundidad. Según Downey (1993), la meta al tratar parejas infecundas no es "lograr que se embaracen a cualquier costo, sino ayudarlas a resolver su crisis de infecundidad y adquirir la capacidad para continuar viviendo. Quizás esto signifique que logren tener un hijo, adopten un hijo (o que descubran) alguna manera de vivir sin hijos en la cual la creatividad de la pareja y su deseo de contribuir a la siguiente generación pueda expresarse".

## SINDROME PREMENSTRUAL

Existen intensas controversias sobre el significado de los síntomas psicológicos y somáticos que ocurren regularmente durante la fase lútea del ciclo menstrual. Este posible trastorno médico ha sido estudiado bajo los nombres de **síndrome premenstrual** (SPM)J **trastorno disfórico de fase lútea tardía** (TDFLT) y, más recientemente, **trastorno disfórico premenstrual** (TDPM). Los principales síntomas psicológicos constan de estado de ánimo notablemente deprimido, aumento de ansiedad, cambios repentinos del estado de ánimo y disminución del interés en actividades normales. Los síntomas físicos pueden incluir síntomas de depresión, como cambios en el sueño, energía y apetito, además de dolor de- cabeza, sensibilidad en el pecho y sensación de retención de agua o aumento de peso. Estos síntomas se presentan en la fase lútea tardía y desaparecen en la semana que sigue a la menstruación.

Los estudios prospectivos de los síntomas premenstruales sugieren una tasa de TDFLT de 3 a 5%. en mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, es poco claro si existe un factor biológico que se relacione con este fenómeno. Diversos estudios no indican anormalidades de tipo constante en los niveles de hormonas periféricas en mujeres que reportan síndrome premenstrual.

Otros estudios relacionan los síntomas de este síndrome con disfunción del ritmo circadiano y del metabolismo de serotonina. Con el fin de determinar si el fenómeno es más bien de tipo sociológico que una entidad fisiológica, algunos investigadores han propuesto que la incomodidad física, el llanto fácil, la irritabilidad y la ansiedad que se relacionan con el inicio inminente de la menstruación quizá representen la respuesta internalizada de la mujer ante la devaluación de la femeneidad por la sociedad y la estigmatización de la menstruación. Diversos estudios demuestran que las mujeres reportan más síntomas negativos cuando se les conduce a creer que se encuentran en etapa premenstrual que cuando se las persuade de que no lo están. Sin importar la causas, los estudios indican que la fluoxetina y el alprazolam son eficaces para aliviar los síntomas de trastorno disfórico de fase lútea tardía.

## MENOPAUSIA

A partir de 1900, el promedio de expectativa de vida para las mujeres estadounidenses aumentó de 50 a 80 años. La edad promedio en que se presenta la **menopausia** (momento en que cesa la menstruación) ha permanecido relativamente constante, alrededor de los 51 años, lo que significa que el número de mujeres posmenopáusicas en Estados Unidos ha aumentado drásticamente en el siglo XX. En determinado momento, se consideraba que el cese de la menstruación y los cambios hormonales correspondientes llevaban a un trastorno afectivo específico llamado **melancolía involutiva.** Estudios recientes han desechado la hipótesis de la melancolía involutiva, diciendo que se trata de una depresión específica y hormonalmente inducida, por lo que este nombre ha dejado de emplearse en la literatura psiquiátrica. Sin embargo, aún existe la pregunta de si las mujeres corren mayor riesgo de desarrollar depresión en la etapa perimenopáusica que en otros periodos de su vida.

Aunque diversos estudios epidemiológicos no han logrado demostrar aumento de incidencia de trastornos depresivos en la población general de mujeres menopáusicas, 65% de las mujeres menopáusicas que solicitan consulta médica para sus síntomas, presenta diversos grados de depresión. El motivo más frecuente por el cual las mujeres perimenopáusicas son referidas al psiquiatra es para evaluación de síntomas de depresión.

La aparición de depresión en mujeres perimenopáusicas (y también de otros síntomas afectivos como irritabilidad e inestabilidad del estado de ánimo) parece ser mediada culturalmente en grado considerable. El impacto psicológico de la menopausia se ve muy influido por la importancia cultural que se concede a los roles de procreación, fecundidad, envejecimiento y femeneidad. En aquellas culturas en las que las mujeres reciben un estatus más alto y privilegios al llegar a la menopausia, los síntomas afectivos son mínimos, mientras que las mujeres de culturas occidentales orientadas hacia la juventud experimentan síntomas más graves. Además los autores de distintos países han observado que a medida que la educación y el estatus socioeconómico de la mujer es más alto, sus síntomas emotivos durante la menopausia son menos pronunciados.

Algunas tensiones psicosociales que probablemente contribuyen a la depresión en la edad perimenopáusica

incluyen disminución de la salud física, inicio de enfermedades o discapacidad en el cónyuge, el hecho de que los hijos dejan de vivir en el hogar, la necesidad de cuidar de padres de edad avanzada y cambios en el empleo y en el estatus financiero. En mujeres menopáusicas no deprimidas, parece que la terapia convencional de reemplazo de estrógenos ejerce un efecto de mejorar el estado de ánimo; sin embargo, en mujeres menopáusicas con trastorno del estado de ánimo, las dosis convencionales de estrógeno exógeno no alivian los síntomas afectivos.

Durante una visita a la clínica para un Papanicolaou de rutina, Ana K, una mujer posmenopáusica de 50 años de edad comenzó a llorar y dijo al ginecólogo que se sentía "vieja e inservible". Indicó que estos síntomas se habían iniciado "dos meses después del accidente que arruinó mi vida". Dieciocho meses antes había sido atropellada por un automóvil conducido a gran velocidad mientras cruzaba la calle y su cadera y rodilla izquierdas quedaron muy fracturadas. Se sometió a diversas intervenciones quirúrgicas y a rehabilitación física extensa y pudo volver a caminar sola aunque con bastante lentitud y dolor. La Sra. K vivía con su esposo y dos hijos de edad universitaria. Estaba dedicada al hogar y antes del accidente participaba activamente en los grupos de voluntarias de la iglesia y de la localidad.

A pesar de que su familia y la amplia comunidad de sus amistades la alentaban, la Sra. K con frecuencia se negaba a salir de casa. Era capaz de manejar el automóvil desde el punto de vista físico, pero insistía en que su marido o sus hijos la llevaran a donde necesitaba ir. Antes del accidente alentó a su hija a solicitar el ingreso a un programa universitario prestigioso fuera del estado, pero ahora deseaba que asistiera a la universidad local que era bastante mediocre.

Tras una evaluación con el psiquiatra, la Sra. K comenzó un tratamiento con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina para controlar sus síntomas de depresión y los pensamientos obsesivos y posible agorafobia. También se le envió a un grupo de apoyo para mujeres menopáusicas y se le dio psicoterapia individual. En el curso de la terapia admitió que el accidente le había permitido darse cuenta de lo vulnerable que era desde el punto de vista físico y emotivo. Siempre había sido "la persona a cargo de la familia" pero llegó a temer que si ella necesitara ayuda su familia la consideraría como una carga. Inconscientemente comenzó a actuar de la manera que temía, como persona dependiente y desvalida y "aguardaba con temor a que mi esposo y mis hijos me dijeran que estaban hartos de mí".

En el grupo de apoyo, la Sra. K también se dio cuenta de que el accidente había aumentado su preocupación sobre envejecer y perder su atractivo, la cual se había iniciado aproximadamente cuando se le presentó la menopausia. Comenzó a discutir con su familia el impacto emotivo de envejecer y ellos respondieron con empatía y proporcionándole seguridad.

Seis meses más tarde, el arreglo personal de la Sra. K mejoró bastante, compró varios conjuntos novedosos que acentuaban su estatura y constitución delgada. Se sintió complacida y emocionada porque su hija fue aceptada al programa universitario fuera del estado. También participó en la obra de Navidad de su congregación y manejó por sí sola a las juntas de planeación.

**Diagnóstico.** Depresión grave (eje I).

## DIFERENCIAS SEGUN EL SEXO EN LOS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS Y EN LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO

### ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia no diferenciada tiene mayor incidencia en varones que en mujeres mientras que los trastornos paranoicos y esquizoafectivos presentan mayor incidencia en mujeres que en hombres (véanse caps. 4 y 12). Desde el punto de vista etiológico, las infecciones virales prenatales parecen desempeñar un papel significativo en el inicio de la esquizofrenia en mujeres, pero no en varones. Las mujeres que padecen esquizofrenia tienen una edad de inicio significativamente más tardía que los varones y como resultado sus antecedentes premórbidos son mucho mejores. Por ejemplo, es más probable que las mujeres esquizofrénicas estén casadas y tengan más madurez de desarrollo que los varones. Además, las mujeres suelen presentar mejor funcionamiento social premórbido y logros escolares.

Las mujeres que padecen esquizofrenia presentan más síntomas afectivos, paranoia y alucinaciones auditivas, mientras que los hombres suelen presentar más **síntomas de tipo negativo** como afecto inexpresivo, ensimismamiento social y pérdida de la voluntad. Las mujeres suelen tener mejor resultado del tratamiento medido por menos hospitalizaciones, estancias hospitalarias más breves, menos síntomas durante la remisión y mejorar su adaptación social. La evidencia limitada sugiere que las mujeres jóvenes requieren

dosis más bajas de antipsicóticos que los hombres jóvenes y que ellas presentan una respuesta más completa de los síntomas que sus contrapartes masculinas. Los hijos varones de mujeres esquizofrénicas tienen peso más bajo al nacer, IQ más bajo, más deficiencia neurológica y de comportamiento, más agresión y más rasgos esquizoides o esquizotípicos que las hijas.

### TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Los datos epidemiológicos indican mayores tasas de prevalencia en el curso de la vida de depresión unipolar en mujeres en comparación con hombres (véase cap. 5). Las tasas de prevalencia total de trastorno bipolar no aumenta para las mujeres, pero el subtipo de ciclos rápidos parece más frecuente entre ellas (véase cap. 6). Las diferencias de síntomas afectivos, curso de la enfermedad y respuesta al tratamiento según el género son bastante limitadas. Parece que las mujeres responden mejor a los inhibidores monoaminooxidasa que los varones y estos últimos responden mejor a los antidepresivos tricíclicos.

### TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Las tasas de prevalencia de trastorno de tensión pos traumática (TTPT), trastorno de ansiedad generalizada, fobia de ansiedad generalizada, fobias simples, fobias sociales y trastorno de pánico con y sin agorafobia son significativamente más altas en las mujeres en comparación con los hombres (véase cap. 7). Para trastorno de tensión postraumática y agorafobia, el curso de la enfermedad es más prolongado en mujeres. El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) presenta igual prevalencia en hombres que en mujeres, pero estas últimas suelen presentar edad de inicio más tardía, enfermedad menos grave y tricotilomanía (arrancarse el cabello de manera compulsiva) y lavado compulsivo, mientras que los varones suelen participar en rituales de verificación. Con mayor frecuencia en mujeres que en hombres se observan depresión y trastornos alimenticios, junto con trastorno obsesivo-compulsivo. Datos limitados sugieren que en casos de trastorno de pánico con depresión, quizá los hombres respondan mejor a los depresivos tricíclicos que las mujeres.

### TRASTORNOS SOMATIFORMES

En los países occidentales, los trastornos como síndrome de intestino irritable, síndrome de fatiga crónica, síndrome de fibromialgia y dolor pélvico crónico son más frecuentes en mujeres que en hombres; en otros países el síndrome de intestino irritable se diagnostica con mayor frecuencia en varones (véase cap. 9). Como las tasas de prevalencia de los trastornos somatiformes se derivan de muestras de tratamiento y no de muestras de la comunidad, quizá las tasas más altas representen mayor actitud de solicitar ayuda. Las mujeres con trastorno somatiforme con frecuencia tienen antecedentes no detectados de abuso sexual, físico o de ambos tipos.

### TRASTORNOS ALIMENTICIOS

En los países occidentales, la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa ocurren casi exclusivamente en mujeres y adolescentes del sexo femenino (véase cap. 13). La prevalencia de trastornos alimenticios en otros países parece mucho más baja en general, aunque no ha sido estudiada de manera tan extensa. Parece que los pocos hombres que desarrollan trastornos alimenticios experimentan conflictos psicológicos similares a los de las mujeres, incluyendo los relacionados con autonomía, dependencia, imagen corporal y sexualidad.

## LAS MUJERES Y LA DEPENDENCIA QUÍMICA

La **dependencia química** se refiere al uso compulsivo de una o más sustancias psicoactivas que, en consecuencia, afectan la salud física y emotiva, el funcionamiento social y ocupacional y las relaciones íntimas (véase cap. 11). En comparación con los datos para hombres se conoce mucho menos sobre la causas, curso clínico y tratamiento eficaz de la dependencia química en mujeres. Parece que las mujeres experimentan mayor estigmatización por dependencia de drogas que los hombres, lo cual las alientan a minimizar o pasar por alto su dependencia de las drogas como simple estrategia de adaptación para afrontar algún problema "real", como violencia familiar, pobreza o pérdidas interpersonales. Las mujeres afectadas de dependencia química a menudo solicitan ayuda de organizaciones de servicio social para tensiones familiares o relacionadas con los hijos en vez de solicitar el tratamiento médico.

### IDENTIFICACION DE GRUPOS DE ALTO RIESGO

El clínico debe estar alerta ante la posibilidad de dependencia química al tratar a mujeres de los siguientes grupos de alto riesgo: sobrevivientes de incesto, mujeres maltratadas, miembros de familias genéticamente vulnerables, compañeras de hombres que abusan de sustancias y mujeres que padecen dolor crónico. Las lesbianas, las mujeres en puestos militares, y

quienes viven en las grandes ciudades también parecen tener más riesgo de dependencia al alcohol y las drogas.

Las mujeres con dependencia química subyacente tiene más probabilidades de experimentar episodios de anorexia, bulimia o agorafobia entre los periodos de uso de sustancia que las que no usan sustancias. Es más probable que las mujeres con dependencia química tengan un diagnóstico psiquiátrico concurrente en comparación con sus contrapartes masculinas, en particular, depresión grave. Además, las mujeres con dependencia química suelen presentar los siguientes rasgos psicosociales:

- Suelen tener una opinión más tradicional y rígida del comportamiento femenino correcto y están agudamente conscientes de que no cumplen con él.
- Piensan que son "peores" que los hombres químicamente dependientes y los hombres que ellas conocen están de acuerdo con esta conclusión; estas mujeres no tiene esperanza con respecto a sus vidas y se sienten más culpables y responsables por sus circunstancias.
- Es mucho más probable que estén vinculadas románticamente con otro adicto que sus contrapartes masculinas; es más probable que se establezca la dependencia de las drogas en el hombre y después se transfiera a su compañera que viceversa. Además, aunque es probable que las mujeres continúen sus relaciones con hombres dependientes de sustancias, los varones suelen terminar sus relaciones con mujeres dependientes de sustancias.
- Realizan menos actividades delictivas; por lo tanto, es menos probable que los tribunales las asignen a programas de tratamiento.
- Suelen tener menos nivel educativo, ganan menos dinero, con frecuencia carecen de seguro de salud y tienen menos opciones en la vida que sus contrapartes masculinas.

## TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA QUÍMICA EN MUJERES

Para que el tratamiento de la dependencia química en mujeres tenga éxito, se deben tomar en cuenta los rasgos psicosociales mencionados con anterioridad. Por ejemplo, las técnicas de alta confrontación que se emplean con éxito con adictos para vencer la negación a menudo resultan contraproducentes en mujeres; es más probable que las adictas experimenten las confrontaciones de este tipo como prueba adicional de que no valen nada y se salgan del tratamiento. En consecuencia, los clínicos que trabajan con adictas quizá necesiten dedicar más tiempo a establecer una alianza de tratamiento alabándolas por solicitar ayuda antes que señalar que sus síntomas se relacionan con la adicción.

La mayoría de los programas de rehabilitación de drogas insisten en cortar toda relación con compañeros que usen drogas como paso importante hacia la recuperación; sin embargo, probablemente sea más difícil seguir esta recomendación para las mujeres, ya que es más probable que vivan con compañeros que también sean dependientes químicos que sus contrapartes masculinas.

Para evitar que las mujeres abandonen el tratamiento porque los programas de rehabilitación le provoquen demasiada tensión en sus relaciones interpersonales, los proveedores de cuidados deben intentar que sus compañeros íntimos también participen en el proceso de recuperación. Además, las embarazadas y las mujeres con niños pequeños con frecuencia no pueden seguir la estructura de un programa estándar para rehabilitación de drogas; se requieren programas que proporcionen cuidado infantil en el mismo lugar mientras dure la sesión o que sean más flexibles para que tomen en cuenta el embarazo y el cuidado infantil, para que estas mujeres sigan en el tratamiento.

Por último, algunos investigadores argumentan que las mujeres con dependencia química sólo deben participar en grupos de terapia de su mismo género, porque los clínicos han observado que en ocasiones mejoran menos que los hombres en grupos mixtos. Los investigadores han propuesto la hipótesis de que los varones son más expresivos en grupos de géneros mixtos y que las mujeres proporcionan el apoyo y sostén; como resultado neto los hombres mejoran pero ellas no. Evidentemente se requieren más resultados de tratamiento de investigación en mujeres con dependencia química para comprobar la validez de estas observaciones clínicas.

### Alcohol

La dependencia del alcohol en mujeres se relaciona con el fenómeno llamado de **telescopio,** que consiste en desarrollo acelerado de enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y hepáticas en comparación con los hombres que consumen cantidades equivalentes de alcohol. Como el consumo equivalente de alcohol se vincula con enfermedad más grave en mujeres, el nivel límite para definir la manera peligrosa de beber debe ser más bajo para las mujeres que para los hombres. Cuando se emplean niveles límite ajustados según el género para definir el modo peligroso de beber, las tasas de bebida en exceso entre mujeres y varones son más o menos iguales (10%); cuando los niveles no se ajustan según el sexo, de manera errónea parece que la incidencia de bebida en exceso es el doble entre las mujeres que entre los hombres.

La edad promedio de inicio de dependencia del alcohol en mujeres es de cuatro a ocho años después que en los varones. Las mujeres suelen tener antecedentes más breves de alcoholismo antes de solicitar

ayuda. En general las mujeres alcohólicas consumen menor cantidad de alcohol que los hombres y beben con menos frecuencia y en forma más discontinua con menores periodos de consumo excesivo. Experimentan menos lagunas mentales y menos episodios de *delirium tremens* (DT). Son arrestadas con menos frecuencia por conducir en estado de ebriedad. A pesar de tener antecedentes más breves de alcoholismo que los varones y menor consumo total de alcohol, el fenómeno de telescopio ocasiona que las mujeres enfermen del mismo modo que los hombres y en la misma época de la vida o inclusive antes. Las mujeres alcohólicas suelen usar fármacos psicoactivos de prescripción con más frecuencia que los hombres alcohólicos.

### Fármacos recetados

Los fármacos psicoactivos del tipo de ansiolíticos y sedantes son recetados a las mujeres de menos de 65 años con mayor frecuencia que a los hombres. El 61 % de los ingresos en salas de urgencias por uso de sedantes e hipnóticos son efectuadas por mujeres; para urgencias relacionadas con antidepresivos, las mujeres tienen 64% de los ingresos. Es válido observar que existe una desproporción en el número de recetas de fármacos psicoactivos en mujeres, en contraste con hombres, eso es, aunque se ajusten las cantidades teniendo en cuenta que las mujeres emplean más los servicios médicos y reciben más fármacos con receta que los varones.

Quizá el aumento de prescripciones de fármacos psicotrópicos a las mujeres refleje el hecho de que presentan mayores tasas de prevalencia de trastornos depresivos y ansiedad a lo largo de la vida. Sin embargo, Gomberg y Nirenberg (1995) sugieren que debido al estereotipo sexual y el sesgo según el género, quizá los médicos consideren que las pacientes son "más ansiosas, más neuróticas y más emotivas" que los hombres y por lo tanto les prescriban mayor cantidad de fármacos psicotrópicos. El médico debe sopesar cuidadosamente los beneficios del uso controlado de sedantes y tranquilizantes contra el riesgo de abuso de drogas y dependencia. Las mujeres de edad avanzada, que experimentan altos niveles de sufrimiento emotivo y problemas somáticos de tipo crónico, corren mayor riesgo de abuso y dependencia de fármacos psicotrópicos recetados por el médico. Al prescribir fármacos liposolubles como diacepam y oxacepam, el médico debe tener en cuenta que el mayor nivel de grasa en las mujeres conduce a una vida media más prolongada para estos agentes psicoactivos.

La Sra. R, de 64 años de edad, visitaba a su internista regularmente para control de la hipertensión. Durante su última visita a la clínica, reportó insomnio e inquietud por la noche e indicó que pensaba con mucha frecuencia en su esposo que acababa de morir. Su apetito, energía y concentración se encontraban dentro del nivel normal, y negó tener pensamientos suicidas o pérdida del interés en actividades normales. No tenía antecedentes de abuso de alcohol o fármacos. Su internista le prescribió una dosis baja de loracepam para tomar por la noche en las siguientes semanas. La Sra. R duplicó la dosis cierta noche que tenía muchas dificultades para dormir y posteriormente continuó tomando la dosis doble. El médico le había autorizado una dosis adicional y ella empleó esta receta dos semanas después.

En su siguiente visita a la clínica, la Sra. R ya no tema loracepam. Reportó al médico que experimentaba más ansiedad, palpitaciones y tenía que orinar con más frecuencia desde que el medicamento se le agotó. Dormía sumamente mal y reportó que experimentaba pesadillas aterradoras y vividas. El internista le volvió a recetar loracepam, pero esta vez le explicó que se trataba de un medicamento "adictivo" y que debía reducir la dosis del mismo con cuidado. Diseñó un plan para reducir gradualmente la dosis de loracepam en el curso de cuatro semanas, momento en el cual se logró descontinuar con éxito ese medicamento.

**Diagnóstico**.Dependencia de benzodiacepina (eje I).

**Discusión.** Aunque los síntomas de la Sra. R desaparecieron cuando se efectuó la reducción gradual de la dosis de benzodiacepinas, siempre es necesario efectuar la detección de trastorno de estado de ánimo en personas que sufren perturbación del sueño.

### Drogas ilegales

Según la encuesta realizada en 1992 por el *National Institute on Drug Abuse* sobre uso de drogas, 4% de todas las mujeres informaron haber usado drogas ilícitas el mes anterior a la encuesta en comparación con 7% de todos los hombres. Para adolescentes de sexo femenino y mujeres adultas, los compañeros masculinos son la vía primaria de introducción a las drogas ilícitas; parece que el uso continuo de drogas ilícitas depende fuertemente de factores sociales como reuniones de fin de semana y patrones de uso del compañero; Para adolescentes de sexo masculino y hombres adultos, la iniciación al uso de drogas ilícitas casi siempre es a través de compañeros masculinos; el uso continuo parece relacionarse más con la disponibilidad y con momentos "elevados" de tipo psicológico que se vinculan con el uso. :

Entre adolescentes de 17 años o menos, la incidencia de uso de drogas ilícitas es ligeramente superior en

muchachas que en muchachos, lo que posiblemente refleje el hecho de que las muchachas suelen salir socialmente con muchachos mayores y por lo tanto son introducidas antes al uso de drogas ilícitas. No obstante, a partir de los 17 años, las mujeres presentan tasas consistentemente más bajas de uso de marihuana, cocaína y heroína que los hombres. Las mayores tasas de uso de drogas ilícitas se observaron en adultos jóvenes de 18 a 25 años; 10% de las mujeres en este grupo de edad reportaron uso ilícito en el mes previo a la entrevista contra el 17% de sus contrapartes masculinas.

Evidentemente, el uso de drogas ilícitas conlleva el potencial de sanciones legales, lo cual se suma a los problemas psicosociales que ya afrontan las mujeres adictas a estas sustancias. Para mujeres de bajos ingresos, es probable que la dependencia de drogas ilícitas incluya mayor participación en prostitución y tráfico de drogas que la dependencia del alcohol y de los fármacos con receta.

## VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Las mujeres y adolescentes de sexo femenino son las principales víctimas de violaciones, incesto y violencia doméstica. Según Stewart y Robinson (1995), en la mayoría de los estados de la unión americana se define la **violación** como "la penetración sexual no consentida, lograda por fuerza física por amenaza de daño corporal o cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento a consecuencia de enfermedad mental, retraso mental o intoxicación". Cuando el perpetrador es algún miembro de la familia, la violación y otras formas de violación sexual se denominan **incesto.** La **violencia doméstica** es un patrón de comportamientos coercivos y de agresión que incluyen ataques físicos, sexuales y psicológicos, que son empleados por adultos o adolescentes contra sus compañeras íntimas.

Durante la década de 1970, cuando el movimiento feminista en Estados Unidos inició amplias campañas de educación pública sobre este tipo de violencia, la mayoría de los proveedores de cuidados de salud pensaban que ocurrían con muy poca frecuencia. Cuando las víctimas reportaban violación o violencia doméstica, los proveedores de salud comúnmente pensaban que la mujer había provocado de manera consciente o inconsciente la agresión de algún modo. Afortunadamente, esas actitudes se están modificando y los proveedores médicos se encuentran más sensibilizados a la aterradora frecuencia de violencia en contra de la mujer y a sus efectos psicológicos que provocan daños tan profundos. La visita a la sala de urgencias o al consultorio ginecológico con frecuencia será el primer o el único contacto que las sobrevivientes de abuso efectúen con el sistema médico; por lo tanto, es de suma importancia realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuados en estos medios.

### INCIDENCIA

Al revisar las estadísticas de incidencia, es necesario tener en cuenta que los episodios de incesto, agresión sexual y violencia doméstica con frecuencia se subinforman. El motivo para que se informen de menos incluye vergüenza, temor de venganza por parte del perpetrador, temor de que no se considere una queja fidedigna, falta de información sobre dónde obtener ayuda, estigma social y falta de confianza en el sistema de justicia.

Se estima que para las mujeres estadounidenses, la prevalencia durante toda la vida de violación completa es de 6 a 26%. Según esta última cifra, esto implica que una de cada cuatro mujeres será víctima de violación completa en algún momento de su vida. Según cierto estudio, 21 % de las víctimas de violación femeninas fueron agredidas por extraños, 39% por conocidos, 17% por hombres con quienes salían, y 24% por sus maridos. De manera contraria a la creencia popular, la violación por parte del marido o en citas tiene más probabilidades de producir lesiones físicas que la violación por extraños.

Los estudios de prevalencia indican que 12% de las adolescentes experimentan algún tipo de abuso social intrafamiliar o extrafamiliar antes de los 17 años. Las muchachas sufren abuso sexual por parte de hombres 92% de las veces y por parte de mujeres solas (generalmente sus madres) 6% de las veces. Menos de 20% de estos actos son realizados por desconocidos.

Los datos de prevalencia de la violencia doméstica indican que de 20 a 30% de las mujeres estadounidenses experimentan agresión física de algún compañero íntimo o ex compañero en algún momento de sus vidas. El nivel de lesiones resultantes de la violencia doméstica es grave y aumenta con el transcurso del tiempo; en cierto estudio de mujeres golpeadas que se presentaron a una sala de urgencias metropolitana, 28% de ellas requirió ingreso hospitalario y 13% necesitó tratamiento médico importante. Es sorprendente que 42% de las mujeres que mueren violentamente, sean asesinadas por sus compañeros íntimos; el riesgo de ser asesinada es mayor en relaciones interraciales y aumenta conforme la diferencia de edad entre la pareja es mayor. Las mujeres tienen más probabilidades de ser asesinadas, violadas o sufrir agresión física por parte de algún compañero anterior o actual que de cualquier otro tipo de persona.

## CAUSAS

### Teorías sociológicas

Diversos autores han observado que la violación, el incesto y la agresión doméstica ocurren a lo largo de un continuo más amplio de violencia contra la mujer; en muchos puntos a lo largo de dicho continuo, el dominio y control del varón sobre la mujer es permitido socialmente; por ejemplo, la pornografía, los chistes sexistas en el trabajo y las ilustraciones denigrantes de mujeres en los medios de comunicación son considerados por algunos como medios culturalmente aceptados para intimidar y dominar a la mujer.

La dificultad que experimentan muchas sobrevivientes de violación para perseguir a sus agresores es considerada por algunos como reflejo de un plan social más amplio por el cual los hombres mantienen su poder y su control sobre las mujeres. Los legisladores y el personal a cuyo cargo está la impartición de justicia quizá consideren que la "violación matrimonial" es inexistente, pues tal vez piensen que el marido tiene el derecho a solicitar relaciones sexuales a su mujer en cualquier momento. En este contexto, cuando el hombre viola y agrede a la mujer, lo que hace es extender y poner en práctica el abuso que se dice se perpetra de manera rutinaria en la mujer para mantenerla en posición devaluada e inferior. Algunos autores argumentan que la violación y la violencia doméstica no pueden eliminarse eficazmente hasta que desaparezcan las estructuras sociales complejas que propician la desigualdad entre los sexos y se conceda más poder y estatus social a la mujer.

### Teorías de modelos

Numerosos estudios sugieren que la violencia se transmite de una a otra generación, ya que tanto los perpetradores como las víctimas proceden de familias con antecedentes de violencia en sus vidas cotidianas. Según estos estudios, los jóvenes testigos del comportamiento violento rutinario de su padre aprenden a resolver las disputas y las frustraciones mediante la fuerza física, y después abusan de sus propios hijos o de sus compañeras íntimas. Las niñas testigos de violencia familiar durante la niñez aprenden a tolerar elevados niveles de violencia en sus relaciones adultas. En un artículo que describe una investigación extensa en mujeres maltratadas, Hotaling y Sugarman (1986) observaron que el único factor consistente de riesgo para transformarse en víctima de violencia matrimonial era haber sido testigo de violencia por parte del padre durante la niñez. A partir de estos datos, muchos autores concluyeron que la violencia contra la mujer no se detendrá hasta que los niños crezcan en entornos donde las disputas se resuelvan sin recurrir a la intimidación y a la fuerza física.

### Teorías biológicas

Investigaciones biológicas recientes sugieren que la exposición a traumas psíquicos importantes pone en movimiento una serie compleja de cambios neuroendocrinos; dichos cambios conducen a alteración del funcionamiento fisiológico que coloca al individuo en mayor riesgo de sufrir nueva victimización. Por ejemplo, los individuos que han estado expuestos a traumas graves parecen presentar actividad adrenérgica excesiva en el sistema nervioso central. Este exceso de actividad parece suprimir la producción de opioides endógenos y el individuo traumatizado en consecuencia quizá desarrolle **hiperalgesia** crónica (aumento de la percepción del dolor).

La exposición a alguna nueva tensión que les recuerde la tensión original parece producir una analgesia temporal que es bloqueada por el medicamento antagonista de opiáceos naloxona. Por lo tanto, quizá la nueva exposición a traumas vuelva a estimular transitoriamente la producción de opioides endógenos que posteriormente sea suprimida de nuevo por hiperexcitación del sistema simpático central. Por ejemplo, una mujer traumatizada con hiperalgesia quizá lleve a cabo mutación de sí misma para experimentar reducción temporal del dolor debido a incremento en los opioides endógenos; cuando la automutilación se detiene, el exceso de disparos adrenérgicos centrales suprime la producción de opioides y la mujer experimenta una dolorosa supresión de opioides. Quizá este proceso explique en parte la "adicción a los traumas" que muchos individuos victimizados parecen presentar.

## EFECTOS PSICOLOGICOS DE LA VIOLENCIA

Las consecuencias de la violencia en contra de la mujer pueden dividirse en efectos a corto y a largo plazo. Los efectos psicológicos a corto plazo duran algunos días después de la agresión e incluyen insensibilidad emotiva, ensimismamiento social y negación del trauma; en ocasiones se observa hipervigilancia con respecto a la seguridad y, además de recuerdos recurrentes e intrusivos, sueños y recuerdos retrospectivos del incidente traumático. Los patrones de comportamiento que se producen inmediatamente después del trauma, se caracterizan en general por acciones muy calmadas, controladas y sumisas o por expresiones intensas de ansiedad, confusión, impotencia y llanto.

Los efectos psicológicos a largo plazo incluyen dificultades para formar y mantener relaciones íntimas; sentido preeminente de vulnerabilidad, y sentimientos crónicos de temor, impotencia y falta de valía. Los efectos de comportamiento a largo plazo incluyen automutilación, abuso de sustancias, agresión, intentos de suicidio, disfunción sexual, trastornos alimen-

ticios y aumento de las visitas a médicos y clínicas. El riesgo de efectos a largo plazo es particularmente alto en personas que han sufrido abuso sexual en la niñez, abuso sexual repetido y agresiones sexuales agravadas por violencia extrema.

Se observa un amplio espectro de diagnósticos psiquiátricos en mujeres que sobreviven a la violencia. Probablemente la entidad diagnóstica más común entre víctimas de incesto, violación y violencia doméstica sea el trastorno de tensión postraumática (TTPT)(véase cap. 8). Además de este trastorno, la depresión grave, el abuso de alcohol y drogas y el trastorno obsesivo-compulsivo se correlacionan de manera significativa con antecedentes de agresión sexual. Los trastornos disociativos y el trastorno de personalidad *borderline* son particularmente frecuentes en mujeres con antecedentes de incesto repetido durante la niñez. Quienes sobreviven a la violencia doméstica presentan más síntomas somáticos, incluyendo abuso de sustancias, pensamientos suicidas e intentos de suicidio que las mujeres de hogares no violentos; además es más probable que estas mujeres expresen agresión verbal y física contra personas que no son miembros de la familia. Muchas mujeres que padecen trastorno de somatización, trastorno de conversión y dolor pélvico crónico tienen antecedentes no diagnosticados de abuso sexual, físico o de ambos tipos.

La Srita. C, de 28 años de edad, fue enviada por la clínica ginecológica para una evaluación psiquiátrica. Reportó dolor grave durante la menstruación desde la adolescencia temprana y había decidido que la única solución era una histerectomía. Solicitó este procedimiento varias veces después de cumplir 20 años pero en cada ocasión le dijeron que tenía que aguardar hasta que fuera mayor.

La Srita. C era notablemente sensible a cualquier dolor en la región pélvica, de tal manera que el ginecólogo no podía examinarla con el espéculo; un examen pélvico se llevó a cabo bajo anestesia general antes de la exploración quirúrgica del abdomen y las valoraciones subsecuentes del aparato reproductivo de la Srita. C se realizaron mediante ultrasonido pélvico. Fue imposible determinar ninguna causa física para sus síntomas de dolor. El ginecólogo se mostraba sumamente reticente con respecto a efectuar la histerectomía, pues no existía una indicación médica clara y la paciente era una mujer joven y sin hijos.

Cuando el ginecólogo le preguntó que significaría para ella no tener la capacidad de tener hijos, ella replicó que nunca había tenido relaciones sexuales y que aunque le interesaba ser madre adoptiva no deseaba tener hijos biológicos "porque para ello era necesario tener relaciones sexuales".

En la evaluación con el psiquiatra, la Srita. C describió de manera reticente que había sido sometida en múltiples ocasiones a sodomía en una escuela de etapa preescolar a la cual asistió tres años. En esa época no informó el abuso. Cuando tuvo 12 años se lo reveló a su madre, pero ella le dijo que era "demasiado tarde" para hacer algo al respecto y que debía intentar olvidarlo. La Srita. C estaba sumamente calmada mientras relató esta historia; se había convencido de que el abuso que había sufrido en la niñez no tenía nada que ver con su dolor pélvico o con su abstinencia de las relaciones sexuales, pues en su propias palabras "la persona que abusó de mí no tocó para nada mis partes sexuales; sólo tocaba mi trasero".

El psiquiatra recomendó a la Srita. C que se sometiera a un curso de psicoterapia como externa para investigar la posibilidad de que sus síntomas de dolor pélvico desaparecieran a medida que los problemas psicológicos con respecto al abuso se examinaran más a fondo. En caso de que continuara experimentando síntomas significativos de dolor a pesar de tener buen progreso en la psicoterapia, se consideraría el aspecto de la histerectomía electiva. Sin embargo, cuando se le hizo esta propuesta a la Srita. C, eligió no someterse a la terapia; expresó su frustración en contra del equipo médico e indicó que tendría que encontrar otro médico que sí quisiera someterla a histerectomía "sin necesidad de tanto lío".

**Diagnóstico.** Trastorno de dolor (eje I).

**Discusión.** Las pacientes del tipo de la Srita. C quizá generen fuertes respuestas emotivas en los proveedores de cuidados para la salud. En el capítulo 9 se discuten estas reacciones y las posibles estrategias para lograr interactuar con éxito con pacientes a quienes se diagnostica un trastorno somatiforme.

## EVALUACION Y TRATAMIENTO DE SOBREVIVIENTES DE ACTOS DE VIOLENCIA

### Control de urgencia

Cuando una mujer se presenta por primera vez a la sala de urgencias tras haber sido agredida o sufrido algún abuso, es necesario que los proveedores médicos tomen en cuenta los siguientes aspectos:

- seguridad física inmediata, fuera del alcance del atacante;
- diagnóstico y tratamiento de las lesiones físicas;

- documentación cuidadosa de todas las lesiones para uso en procedimientos legales;
- síntomas psicológicos actuales y disponibilidad de apoyo social;
- orientación para crisis con educación sobre los posibles efectos psicológicos del trauma;
- referencia a albergues de urgencias, servicio social e intervención policiaca;
- reporte obligatorio de la agresión por ley estatal (el abuso de menores siempre debe reportarse, aunque las regulaciones estatales varían por lo que respecta a reporte de violencia doméstica en adultos).

La estructura de la personalidad de la víctima y su nivel de funcionamiento antes de la agresión son factores importantes para formular el diagnóstico psiquiátrico y el plan de tratamiento; sin embargo, con frecuencia es imposible valorar con precisión estos factores en el momento de presentación y es necesario diferir la valoración a las visitas de seguimiento cuando el choque por la tensión aguda haya disminuido.

### Intervenciones a largo plazo

Diversos estudios longitudinales han demostrado que las sobrevivientes de violencia casi nunca escapan a los daños psicológicos. Mientras más pronto la víctima reciba intervenciones adecuadas para sus síntomas psicológicos y los diagnósticos psiquiátricos comórbidos, es más probable que logre una recuperación razonable sin que su funcionamiento quede afectado de manera prolongada. Sin embargo, los resultados inmediatos del trauma incluyen un periodo de seudoadaptación, durante el cual la mujer niega los síntomas y evita los medicamentos y la psicoterapia.

La psicoterapia psicodinámica, la terapia cognoscitiva y de comportamiento, la farmacoterapia y las organizaciones de autoayuda son muy benéficas para ayudar a las mujeres que están recuperándose de traumas sexuales y físicos. Para una mujer dada, la modalidad óptima de tratamiento (y también el resultado psicológico) depende de diversos factores, incluyendo sus puntos fuertes de carácter y defensas preexistentes, la razón por la cual solicita ayuda, su actitud hacia los proveedores de salud mental, sus recursos financieros, el apoyo social con que cuenta y el nivel de sufrimiento que experimenta. Cuando se elige la psicoterapia, es fundamental tener en cuenta lo siguiente para lograr buenos resultados:

- empatía, reconocimiento y validación con respecto a la impotencia experimentada por la sobreviviente;
- ayuda que permita a la sobreviviente a comprender en forma cognoscitiva y afectiva el trauma experimentado;
- comprensión y facilitación de la necesidad de la superviviente de recuperar el sentido de control.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LAS VICTIMAS DE LA VIOLENCIA

Los clínicos deben tomar en cuenta sus propias reacciones de contratransferencia que podrían impedir la recuperación de la superviviente o inclusive ocasionar que abandonara el tratamiento. Estas reacciones incluyen identificación excesiva con la víctima, desarrollo de una sensación incapacitante de ansiedad o ira, curiosidad voyerística, que resulte en preguntas inadecuadamente intrusivas, impaciencia por la decisión de la víctima de permanecer en una situación de abuso e insistencia de que la víctima adulta comunique el abuso a la policía a pesar de que elija lo contrario. Además, el clínico en ocasiones experimenta una perturbación tan inconsciente a consecuencia de la historia de la sobreviviente que su reacción de contratransferencia minimiza o niega la causas traumáticas de los síntomas de la paciente y se enfoca únicamente en proporcionar soluciones inmediatas y de tipo concreto a sus síntomas.

> La Srita. T, de 24 años de edad, refugiada de un país de Europa oriental asolado por la guerra, se presentó en la clínica psiquiátrica de externos con quejas de pesadillas, insomnio, hipervigilancia y estallidos repentinos de ira a la más leve provocación. Ella y su hermana vivían juntas en un pequeño apartamento y luchaban por aprender inglés y encontrar empleo.
>
> Antes de salir de su país natal, la Srita. T había sufrido varias agresiones físicas y sexuales de tipo brutal y además perdió a sus padres. Su hermana la acompaño a la clínica y reportó que recientemente la Srita. T había estado hablando de "la falta de sentido" de la vida y también le indicó que "en su interior había demasiado odio" como para que las cosas pudieran mejorar; se había aislado cada vez más de otras personas, y dedicado la mayor parte de su tiempo a jugar cartas en soledad.
>
> La joven psiquiatra que evaluó a la Srita. T sintió ansiedad mientras tomaba los datos de sus antecedentes; observó que el color del cabello de la paciente era muy parecido al suyo. Valoró de manera correcta que la presentación clínica de la Srita. T era congruente con trastorno de tensión postraumática y le recetó un antidepresivo y un sedante para la hora de dormir. Sin embargo, no obtuvo detalle sobre los traumas que esta joven había experimentado ni le preguntó, acerca de sus sentimientos actuales de falta de sentido y odio ni tampoco inquirió si la Srita. T había considerado alguna vez la posibilidad de suicidarse para poner fin a sus sufrimientos. En vez de ello, le aconsejó que fuera

fuerte y pensara en las considerables reformas políticas que sin duda se producirían en su país en los próximos años. También le aconsejó que hiciera más ejercicio durante el día y escuchara música tranquila por la tarde para que pudiera dormir bien.

**Discusión.** La ansiedad e impotencia motivadas por la historia de la Srita. T, además del posible exceso de identificación de la joven psiquiatra con esta mujer, le impidieron discutir y tener en cuenta las causas traumáticas de los síntomas de presentación. Además estos sentimientos se reflejaron en los cuidados clínicos de la paciente, ya que la psiquiatra evitó efectuar una importante valoración de las inclinaciones suicidas.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Para proporcionar cuidados médicos y psiquiátricos eficaces a las mujeres es necesario tener en cuenta los diversos aspectos éticos y legales en torno a la decisión de tener hijos o no, evaluar la capacidad de ser madre y reportar la violencia física y sexual.

Durante décadas se ha debatido con gran fervor el derecho de la mujer a controlar su fecundidad y el número de hijos, tanto en la comunidad médica como laica. Desde los esfuerzos en pro de la salud pública realizados por Margaret Sanger para que el control de la natalidad fuera accesible a comienzos del siglo xx y sentar un precedente en la legislación de la Suprema Corte con respecto al derecho al aborto, hasta los problemas actuales con respecto a las técnicas de fecundación *in vitro* y la maternidad subrogada, las elecciones reproductivas de la mujer han constituido el centro de considerables controversias éticas y legales. Aunque la mayoría de los médicos apoyan el principio de autonomía del paciente, estos mismos médicos quizá experimenten conflicto con respecto a respetar la decisión reproductiva de la mujer porque sientan mucha inclinación a considerar al feto como el "paciente" primario. Los conflictos de los proveedores médicos sin duda aumentarán si la paciente es una mujer con perturbaciones psicológicas significativas. En algunos casos, las mujeres son colocadas bajo vigilancia psiquiátrica a largo plazo o inclusive encarceladas para asegurar el bienestar del feto evitando que la madre use drogas o deje de cumplir con los medicamentos psicotrópicos prescritos. En otros casos, se considera que la mujer es incapaz de tomar decisiones reproductivas regionales y en casos extremos esto puede conducir a esterilización involuntaria o presión indebida ya sea para terminar el embarazo o continuarlo, según el sistema de valores del médico responsable. En el siguiente caso se ilustran estos principios:

Lisa F, una joven de 32 años, tenía antecedentes de esquizofrenia desde los 19 años. Desde entonces había estado estable con medicamentos antipsicóticos, se desempeñaba como asistente administrativa y se había casado con su novio de la secundaria. Ella y su esposo habían estado intentando tener hijos desde hacía cinco años y por lo tanto se sintieron muy felices cuando ella se embarazó. Sin embargo, su psiquiatra tenía graves preocupaciones con respecto a su decisión, ya que consideraba que sus hijos tenían un riesgo inaceptablemente alto de desarrollar algún trastorno psiquiátrico. El psiquiatra informó a la Sra. F que si no se sometía a un aborto, no continuará recetándole los medicamentos antipsicóticos. Ella se mostró muy alterada y se negó a terminar el embarazo. Se sentía demasiado desconfiada y desilusionada como para recurrir a otro psiquiatra. Tras tomar lo que le quedaba de medicamentos, se puso psicótica por primera vez en más de una década con paranoia e ilusiones de que las personas pensaban robarle a su bebé. Comenzó a escuchar una voz que le decía que se matará a sí misma para protegerse tanto ella como el bebé. Saltó de un edificio de dos pisos, pero sobrevivió y fue hospitalizada para tratamiento de diversas fracturas en las extremidades inferiores. El examen por ultrasonido demostró que el feto estaba saludable y al parecer no estaba afectado. El psiquiatra del hospital trabajó con ella para establecer una alianza terapéutica, y en último término la Sra. F estuvo de acuerdo en reanudar su tratamiento con antipsicóticos. Se informó al psiquiatra original de la descompensación de la Sra. F, pero él insistió en que estaba justificado intentar obligarla a "afrontar la realidad" y someterse a un aborto. La Sra. F fue dada de alta e hizo una cita para conversar con algún psiquiatra que sí aceptaba su decisión de ser madre. La Sra. F y su especialista hospitalario plantearon demandas en contra del psiquiatra original ante el comité estatal de medicina.

**Discusión.** El caso anterior ilustra algunos de los riesgos que afrontan las mujeres con trastornos psiquiátricos cuando deciden ser madres. Es evidente que existe el riesgo de que los proveedores médicos aprovechen su posición de poder en la relación médico-paciente para obligarlas a decidir según su propio sistema de valores qué es lo "correcto" en estos casos. Los problemas relacionados con casos reproductivos a menudo están revestidos deintensa carga emo-

tiva y quizá conduzcan a que los proveedores de cuidados para la salud actúen de manera poco ética e ilegal pasando por alto los derechos de sus pacientes.

Cuando una mujer con problemas psicológicos graves o dependencia química tiene hijos, la mayoría de los estados requiere que los servicios de protección infantil determinen si el lactante tendrá un entorno seguro junto a su madre. Como parte de esta investigación, dichos servicios generalmente solicitan una evaluación psiquiátrica de la nueva madre para determinar si cuenta con las destrezas adecuadas para cuidar del bebé. £1 psiquiatra debe tener en cuenta en primer lugar la salud y la seguridad del bebé, pero también debe evitar juicios preexistentes sobre lo que constituye una "madre incapaz". Por ejemplo, de manera contraria a las percepciones de muchos médicos, las mujeres con esquizofrenia o que reciben mantenimiento con metadona quizá se encuentren muy motivadas para ser buenas madres y con el apoyo social necesario, probablemente lo logren.

A medida que las tecnologías reproductivas avanzadas como GIFT (siglas en inglés de transferencia intrafalopiana de gametos) y los trasplantes embrionarios se hacen más comunes, los médicos tendrán que afrontar con mayor frecuencia sus propios prejuicios acerca de quiénes son candidatos adecuadas para estos procedimientos. Por ejemplo, mientras que pocas personas ponen en tela de duda que sea adecuado que un hombre de 60 años se transforme en padre, muchos objetan a que una mujer de edad similar se embarace mediante las nuevas técnicas de fertilización. Además, el costo de las nuevas tecnologías reproductivas resulta prohibitivo para muchas mujeres y ha surgido la duda de si las compañías aseguradoras y los planes de salud patrocinados por el gobierno deberían cubrir este tipo de procedimientos, de manera que un número mayor de mujeres infecundas tengan la posibilidad de concebir. Gracias a los rápidos avances en el campo de la medicina reproductiva, las consideraciones éticas no sólo se complican sino que también se hacen de tipo más esencial.

En otro aspecto legal y ético de importancia, también es importante reportar de manera obligatoria la violencia física y sexual contra la mujer. En Estados Unidos, según las leyes estatales, los proveedores médicos deben reportar los casos de sospecha de maltrato infantil a las agencias de protección infantil, y muchos estados también requieren que los médicos reporten el abuso por parte del marido a las autoridades adecuadas. En algunos casos, quizá el médico se sienta ambivalente con respecto a estas guías legales. En el capítulo 8 se trata con mayor detalle este tema.

El papel que desempeña el psiquiatra en los dilemas éticos y legales descritos con anterioridad evidentemente es muy difícil. Se considera al psiquiatra como al mejor juez y más experto para juzgar la capacidad de ser madre de la paciente y además se piensa que es el mejor profesional de la salud para valorar el impacto de circunstancias tensionantes sobre la paciente. El conflicto entre ser abogado de la paciente o representante de la sociedad puede producir tensión en casos de notificaciones a los servicios de protección infantil o a las autoridades locales sobre maltrato infantil y abuso o violencia doméstica, respectivamente. Es fundamental que los profesionales de salud presten atención a sus respuestas emotivas ante las pacientes que se desvían de las consideraciones racionales en aspectos con elevada carga emotiva.

## CONCLUSION

La comunidad psiquiátrica se está sensibilizando cada vez más a las necesidades de tratamiento de las mujeres. En las dos últimas décadas se han efectuado más investigaciones y se ha concedido más atención clínica al desarrollo psicológico femenino, al impacto emotivo de los sucesos reproductivos a lo largo del ciclo de vida de la mujer, a las diferencias que existen según el sexo en la presentación de los principales síndromes psiquiátricos y a los efectos agudos y crónicos de la violencia contra la mujer.

Sin embargo, en el proceso de consolidación de la base de datos sobre "salud mental de las mujeres", es preciso examinar las diferencias sexuales sin dicotimizar al género, perpetuar estereotipos y simplificar de manera excesiva los métodos de tratamiento. Al evaluar la causas y las implicaciones terapéuticas de cualquier diferencia según el sexo, es preciso prestar atención a la influencia del contexto sociopolítico donde las mujeres probablemente tengan menos privilegios y estatus que los varones. Sólo aplicando un método cuidadoso de este tipo se podrá ofrecer en último término cuidados competentes y llenos de compasión para la mujer.

## REFERENCIAS

Ageton SS: *Facts About Sexual Assault: A Research Report for Adults Who Work with Teenagers.* National Center for the Prevention and Control of Rape. DHHS Publ. No. (ADM) 85-1398, 1985.

American Medical Association Council on Scientific Affairs: Violence against women. JAMA 1992;267:3184.

American Medical Association guidelines on domestic vio-

lence. http://www.ama-assn.org/public/releases/assault/fv-guide.htm
Anderson E, Hamburger S, Liu J, et al: Characteristics of menopausal women seeking assistance. Am J Obstet Gynecol 1987; 156:428.
Berrios DC, Grady D: Domestic violence: risk factors and outcomes. West J Med 1991; 155:133.
Blumenthal SJ: Psychiatric consequences of abortion: overview of research findings. Pages 17-37 in Stotland NL (editor): *Psychiatric Aspects of Abortion.* American Psychiatric, 1991.
Brownmiller S: *Against Our Will: Men, Women and Rape.* Simon & Schuster, 1975.
Carr M: Normal and medically complicated pregnancies. Pages 15-35 in: Stewart D, Stotland N (editors): *Psychological Aspects of Women's Health Care.* American Psychiatric, 1993.
Downey J: Infertility and the new reproductive technologies. Pages 193-206 in: Stewart D, Stotland N (editors): *Psychological Aspects of Women's Health Care.* American Psychiatric, 1993.
Frieze IH, Browne A: Violence in marriage. Pages 163-218 in Ohlin L, Tonry M (editors): *Family Violence: Crime and Justice: A Review of Research.* University of Chicago Press, 1989.
Gitlin M, Pasnau R: Psychiatric syndromes linked to reproductive function in women: a review of current knowledge. Am J Psychiatr 1989; 146(11)1413.
Gomberg ES: Women and substance abuse. In: Seeman M (editor): *Gender and Psychopathology.* American Psychiatric, 1995.
Gomberg ES, Nirenberg TD (editors): *Women and Substance Abuse.* Ablex, 1993.
Hamilton J: Emotional consequences of victimization and discrimination in special populations of women. Psychiatr Clin N Am 1989;12(1):35.
Hamilton J, Gallant S, Lloyd C: Evidence for a menstrual-linked artifact in determining rates of depression. J Nerv Ment Dis 1989; 1779:359.
Harrison WM, Endicott J, Nee J: Treatment of premenstrual dysphoria with alprazolam: a controlled study. Arch Gen Psychiatr 1990;47:270.
Hart B: Battered women and. the criminal justice system. Am Behav Sci 1992;36(5):624.
Hotaling GT, Sugarman DB: An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. Violence Victims 1986; 1:101.
Jack DC: *Silencing the Self: Women and Depression.* Harper Collins, 1991.
Jensvold MF, Reed K, Jarrett DB, et al: Menstrual cycle-related depressive symptoms treated with variable antidepressant dosage. J Women's Health 1992;1:109.
Kendell R, Chalmers J, Platz C: Epidemiology of puerperal psychoses. Br J Psychiatr 1987;150:662.
Keye WR, Deneris A, Wilson T, et al: Psychosexual responses to infertility differences between infertile men and women. Fertil Steril 1981;36:426.
Kilpatrick DG, Best CL, Saunders BE, et al: Rape in marriage and in dating relationships. Ann NY Acad Sci 1988;528:335.
Koss M: Hidden rape: sexual aggression and victimization in a national sample of students in higher education. Pages 3-25 in Burgess A (editor): *Rape and Sexual Assault.* Garland, 1988.
Leidig MW: The continuum of violence against women: psychological and physical consequences. J Am Coll Health 1992;40:149.
Lerner H: *Women in Therapy.* Harper & Row, 1988.
Margolin G, Sibner LG, Gleberman L: Wife battering. Pages 89-117 in Van Hasselt VB, Morrison RL, Bellack AS, et al (editors): *Handbook of Family Violence.* Plenum, 1988.
McEwan KL, Costello CG, Taylor PG: Adjustment to infertility. J Abnormal Psychol 1987;96:108.
Mercy JA, Saltzman LE: Fatal violence among spouses in the U.S. 1976-1985. Am J Public Health 1989; 79:595.
Rose D: Sexual assault, domestic violence, and incest. Pages 447-483 in: Stewart D, Stotland N (editors): *Psychological Aspects of Women's Health Care.* American Psychiatric, 1993.
Seeman M (editor): *Gender and Psychopathology.* American Psychiatric, 1995.
Sherwin B: Menopause: myths and realities. Pages 227-248 in: Stewart D, Stotland N (editors): *Psychological Aspects of Women's Health Care.* American Psychiatric. 1993.
Steiner M: Postpartum psychiatric disorders. Can J Psychiatr 1990;35:89.
Stewart D, Robinson G: Violence against women. Pages 261-282 in: Oldham JM, Ribe M (editors): *Review of Psychiatry.* Vol 14. American Psychiatric, 1995.
Straus MA: The marriage license as a hitting license: evidence from popular culture, law and social science. Pages 39-50 in Straus MA, Hotaling GT (editors): *The Social Causes of Husband-Wife Violence.* University of Minneapolis Press, 1980.
Unger K: Chemical dependency in women. West J Med, 1988;149:746.

# Aspectos transculturales en la psiquiatría

# 19

*David Elkin, MD, Elizabeth Lee, MD, Arthur Sorrell, MD,*
*JoEllen Brainin-Rodriguez, MD, Heather Clague, MPH y Robert Harvey, MD*

Los factores culturales desempeñan un papel clave, ya que determinan los patrones de pensamiento, la modulación y expresión de emociones, los tipos de comunicación y el comportamiento de individuos tanto saludables como mentalmente enfermos. Los campos de la sociología y antropología médica y psicológica han contribuido de manera considerable a nuestra comprensión de la influencia de los factores culturales sobre la salud, la enfermedad y los cuidados médicos. El reconocimiento de los diversos factores culturales en la valoración, el diagnóstico y el tratamiento psiquiátrico condujo a una nueva subespecialidad denominada **psiquiatría cultural.** En el presente capítulo se introducen principios para suministrar cuidados que toman en cuenta la cultura de poblaciones de pacientes cada vez más diversas.

Cuando se realizó el censo estadounidense de 1990, los grupos étnicos incluyendo afroestadounidenses, latinoestadounidenses, asiáticos estadounidenses y nativos estadounidenses constituían más del 25% de la población de Estados Unidos, y este porcentaje va en aumento con rapidez. De 1980 a 1990, la tasa de desarrollo de la población asiática-estadounidense fue 65% y el de latinoestadounidenses fue 44%. Los médicos de la era actual tendrán que tratar a pacientes de diversos antecedentes étnicos y por lo tanto es importante que aprendan a suministrar cuidados que toman en cuenta el origen cultural.

La **cultura** se define tradicionalmente como los patrones compartidos de creencias, sentimientos y conocimientos que rigen el comportamiento social del grupo. La cultura abarca relaciones sociales, religión y espiritualidad, tecnología y valores económicos. Estos valores, orientaciones y creencias compartidos incluyen opiniones con respecto al cuerpo, al yo mismo, la enfermedad y los tratamientos.

Una concepción más complicada define la cultura como aquello que emerge de patrones cotidianos de actividad, incluyendo patrones de comunicación y rituales y rutinas de vida comunitaria. La cultura refleja patrones de relaciones sociales a través de simbolismos, lenguaje, aspectos estéticos, y otros valores fundamentales de tipo compartido. Por lo tanto, el locus de la cultura se transforma en el yo mismo o cuerpo comunal que se expresa en forma de familias, ambientes de trabajo y comunidades enteras.

La **identidad cultural** establece el significado de los antecedentes culturales desde el punto de vista del individuo, o sea, su opinión acerca del mundo. Aunque quizá el médico efectúe suposiciones sobre el comportamiento del paciente, sus pensamientos y sus valores según el grupo étnico del cual provenga, la identidad cultural de la persona variará en forma considerable dependiendo de su grado de aculturación, su nivel socioeconómico y su experiencia de inmigración, además de si ha o no experimentado discriminación, o ha sido clasificado dentro de algún estereotipo en el país al cual emigró. Algunas personas se identifican de manera cercana con su grupo étnico, mientras que otras, en particular los inmigrantes de segunda o tercera generación aculturados, o cuya prioridad es la asimilación en la cultura del país, quizá se consideren como mínimamente afectados por su origen étnico.

La cultura puede considerarse como un lente poderoso a través del cual se filtran las percepciones. Estas experiencias subjetivas se transforman en un conjunto de valores y creencias que se encuentran tan arraigados, que se presuponen. La mayoría de los seres humanos, desde quienes viven en las ciudades occidentales hasta los integrantes de tribus, consideran que su opinión acerca del mundo es la única correcta y válida. A partir de este punto de vista, consideran que otros grupos culturales tienen valores y comportamientos interesantes, exóticos, aterradores o perturbadores. Los métodos para comprender a otras culturas a menudo se encuentran llenos de malos entendidos, simplificaciones excesivas y estereotipos. Es crucial tomar en cuenta estas suposiciones erróneas, aunque generalizadas, para apreciar mejor la tarea de tomar en cuenta las diferencias culturales.

La psiquiatría cultural deriva su base de conocimientos, concepciones teóricas y metodologías de diversos campos relacionados, que incluyen:

- antropología psicológica, la cual emplea teorías psicológicas para interpretar las relaciones entre los elementos de la sociedad y la cultura;
- psiquiatría comparativa, que aplica estudios epidemiológicos y clínicos para describir y analizar la variación transcultural en la incidencia de síntomas y síndromes psiquiátricos;
- antropología médica, que describe las variaciones transculturales en enfermedades físicas y psiquiátricas, examinando los modelos sociales de enfermedad y curación y el papel de cuidador.

Las áreas de investigación incluyen la relación entre los factores culturales y contextúales relacionados con trastornos psiquiátricos específicos; la relación de los trastornos psiquiátricos con aspectos universales del comportamiento y la existencia del hombre; estudios comparativos de criterios diagnósticos; los llamados síndromes específicos de la cultura, y el efecto de la raza, la etnicidad y la cultura sobre la psicoterapia y el tratamiento farmacológico. Los aspectos transculturales también afectan a las reacciones emotivas del médico ante los pacientes y, además, dar lugar a diversos aspectos éticos y legales.

## COMPETENCIA CULTURAL

Durante el proceso de interactuar con una cultura distinta de la propia y describirla, existe la tendencia a estereotiparla insistiendo en sus diferencias con respecto a la propia cultura y manteniendo una perspectiva poco amplia y rígida. Por otra parte, quizá se pase por alto la singularidad de dicha cultura, y se adopte una posición etnocéntrica que no conceda suficiente importancia a las diferencias fundamentales de valores, creencias y perspectivas.

La **competencia cultural** se refiere al conjunto de comportamientos, actitudes y políticas congruentes que se conjuntan en el individuo y le permiten trabajar de manera eficaz en situaciones transculturales. Así, los individuos trabajan con otros en un sistema de cuidados que toma en cuenta la cultura, que reconoce y considera la importancia de los antecedentes culturales del paciente y del médico. Existe un método congruente informado para valorar las relaciones transculturales y observar las dinámicas que se producen por diferencias culturales y de otro tipo. Según este método, los médicos deben trabajar continuamente para ampliar sus conocimientos culturales y adaptar sus servicios para cubrir las necesidades singulares o diversas de pacientes de diferente cultura.

E1 hecho de adoptar cualquier sesgo cultural extremo, a menudo se produce inconscientemente, pero afecta a todo el ámbito de cuidados para la salud. Suele afectar tanto al acceso como a la utilización de los recursos para la salud y también al diagnóstico y reconocimiento de enfermedades físicas y mentales. Quizá comprometa el tratamiento y los cuidados posteriores, según se deduce por los pacientes que no regresan a las citas, o no siguen el régimen de medicamentos prescritos y otros tipos de tratamientos. En Estados Unidos las minorías étnicas cuentan con un acceso desproporcionadamente más bajo a los servicios de salud mental y subutilizan este tipo de servicios, aunque dispongan de ellos. La evidencia indica que tanto los diagnósticos erróneos como la falta de seguimiento al tratamiento, ocurren con mayor frecuencia en poblaciones minoritarias.

La competencia cultural incluye tener conciencia de las diferencias y los valores culturales del clínico y el paciente y un deseo de incorporar dicha conciencia a las estrategias para realizar la entrevista y las intervenciones de tratamiento, con el objeto de mantener normas excelentes de cuidados para los pacientes. También incluye investigar los antecedentes culturales del paciente y sus modelos de enfermedad y salud, además de explorar la propia identidad cultural del médico y su actitud hacia los pacientes. Del mismo modo que se requieren destrezas sensibles y precisas para obtener datos durante el examen físico, que se adquieren con la práctica y se refinan a través de la experiencia, también es posible aprender y desarrollar sensibilidad ante las sutilezas de las diversas culturas y sus efectos sobre los cuidados para la salud.

## VALORACION DE LOS PACIENTES DESDE UNA PERSPECTIVA TRANSCULTURAL

Al efectuar una valoración transcultural se aplican guías generales para obtener los antecedentes de la enfermedad actual, revisar los síntomas, efectuar el examen de estado mental y completar las evaluaciones físicas y de laboratorio necesarias. En el cuadro 19-1 se delinean los aspectos que requieren especial consideración durante una valoración de este tipo. Para efectuar una valoración completa, es probable que se necesiten varias entrevistas y será necesario contar con más tiempo cuando se utilice un intérprete.

El aspecto de confidencialidad debe explicarse al paciente y a su familia en caso de que sea nuevo para ellos. El médico quizá tenga que explicar por qué formula preguntas psicosociales aunque el paciente y la

**Cuadro 19-1. Aspectos que conviene tener en cuenta al llevar a cabo una valoración transcultural**

Origen étnico
Raza
País de origen
Idioma
Aculturación
Sexo
Edad
Antecedentes migratorios
Creencias religiosas y espirituales
Niveles socioeconómico y educativo

familia supongan que se trata de un problema clínico. Además, se investiga cuántos tratamientos han intentado con anterioridad el paciente y la familia, aunque los diversos tratamientos populares o religiosos y los rituales calmen al paciente y no sean dañinos, quizá él y su familia duden en mencionarlos, a menos que se les investiguen directamente.

**Valoración.** A menudo es más fácil para el paciente que el médico emplee preguntas abiertas relacionadas con su bienestar físico como calidad del sueño, apetito y energía. Conforme se establezca el diálogo, el médico podrá tocar temas como memoria y concentración, irritabilidad, preocupaciones y temores y llanto fácil. A medida que la confianza y la identificación se hagan más amplias, la entrevista podrá desplazarse a temas más personales relacionados con la productividad y problemas de tipo personal, familiar (incluyendo aspectos intergeneracionales) y sociales. Los problemas que inquieten al paciente (p. ej., los relacionados con su estado legal, incidentes traumáticos o aspectos financieros) deben tocarse con delicadeza, hacia el final de la entrevista.

**Antecedentes migratorios.** Los antecedentes personales y familiares de migración del paciente resultan significativos y deben comprobarse. Por ejemplo, ¿en qué condiciones se efectuó la inmigración?, ¿fue voluntaria o involuntaria, a consecuencia de opresión o catástrofe?, ¿cuál rué la actitud del país al cual emigraron? Hasta hace poco, Estados Unidos era considerado como un país "de fusión de culturas". Este estereotipo ha sido puesto en duda en la actualidad y la prolongada historia de acciones exclusionistas estadounidenses (en particular el hecho de evitar, a inmigrantes no europeos) ha recibido amplia publicidad. La diferencia entre el estilo de vida antes y después de la inmigración, el nivel social y la ocupación son de ayuda para comprender el estado actual del paciente.

**Idioma.** Como siempre, es de ayuda conocer algo de la cultura en cuestión, incluyendo las diferencias idiomáticas. Por ejemplo, el idioma inglés tiene más términos para referirse a la ansiedad que otros; los idiomas de Tailandia y de Laos contienen más expresiones para tristeza y pérdida. Es vital recordar que el paciente y su familia quizá sólo estén empleando destrezas de lenguaje de nivel elemental o de escuela secundaria. Este nivel de comunicación quizá no represente con precisión la capacidad del paciente. Los médicos bilingües deben ejercitar cautela al emplear sus destrezas de lenguaje de secundaria o de universidad para interpretar las respuestas del paciente.

Además, los patrones culturales no verbales son de suma importancia al interpretar el examen de estado mental. Por ejemplo, muchas culturas evitan el contacto visual directo al hablar con figuras de autoridad y quizá la mirada sumisa constituya una señal de respeto más que indicio de vergüenza o depresión, como ocurre en grupos culturales europeo-estadounidenses.

**Examen del estado mental.** La cultura afecta de manera considerable las observaciones de los diversos aspectos del examen de salud mental. El examen cognoscitivo puede resultar muy afectado por la cultura; por ejemplo, un paciente refugiado que proceda de alguna región rural del sudeste de Asia probablemente no conozca el nombre de los últimos presidentes estadounidenses y mucho menos la estructura política de Estados Unidos. Los emigrantes que proceden de áreas rurales de naciones no occidentales quizá carezcan de antecedentes educativos para llevar a cabo pruebas matemáticas y su mayor ansiedad durante el proceso de la entrevista afectará aún más las pruebas cognoscitivas. La interpretación de proverbios también depende en gran parte de los antecedentes culturales de la persona.

Se solicitó una evaluación psiquiátrica para una mujer de 65 años procedente de El Salvador y que había vivido en Estados Unidos más de 15 años. Ella recibía atención médica regular por hipertensión bien controlada con medicamentos y osteoartritis leve. Vivía sola y funcionaba independientemente en términos de actividades de la vida cotidiana. Tenía contacto periódico con sus hijos y nietos. Su inglés era bastante bueno como para comunicarse con el internista sobre aspectos médicos, pero el doctor familiar que la refirió la describió como "algo concreta y literal". El se preguntaba si su dificultad para trabajar con conceptos abstractos indicaba el inicio de algún proceso de demencia.

La entrevista se llevó a cabo en español y reveló que el ámbito de humor de la paciente era muy completo y adecuado y que además contaba con un rico fondo de conocimientos: realizó diversas alusiones literales e hizo referencia a sucesos actuales. No se observó deficiencia de atención ni de memoria y el médico que la entrevistó y que sabía suficiente español como para seguir la mayor parte de la

entrevista comentó que "¡ella es una persona muy diferente!"

**Diagnóstico.** Ninguno (eje I); hipertensión, osteoartritis (eje III).

Se cree que la somatización es frecuente en personas procedentes de culturas no occidentales y de ambientes rurales de Estados Unidos. Quizá esto refleje creencias tradicionales según las cuales ciertas emociones se reflejan en diversos aparatos y sistemas, y la perturbación emotiva se atribuya a desequilibrios de la armonía del cuerpo. Quizá el clínico se sienta frustrado si la persona se enfoca exclusivamente en quejas somáticas, y pasa por alto las conexiones emotivas. En esta situación será de ayuda recordar la universalidad de estas conexiones y raíces etimológicas de expresiones en inglés, como "tener corazón" como sinónimo de valor y compasión, "el bazo", considerado como órgano donde se encontraba la ira en el medioevo y los términos personalidad "sanguínea" o "flemática" (de los términos derivados para sangre y flema, respectivamente).

## CONSIDERACIONES ESPECIALES PARA POBLACIONES DE INMIGRANTES

La **aculturación** es el grado en el cual la persona funciona con eficacia y facilidad en el país que la hospeda. Esto difiere de la **asimilación,** proceso que se caracteriza porque los individuos mantienen una parte progresivamente menor de su identidad social y cultural separada del entorno donde viven. Algunos ejemplos de asimilación incluyen a los inmigrantes europeos originales que llegaron a Estados Unidos procedentes de Inglaterra y de Alemania, y de individuos que típicamente se identifican a sí mismos como "simplemente estadounidenses". Una suposición de tipo general es que se requieren tres generaciones para que la asimilación sea total. Quizá esto no sea aplicable cuando existan diferencias raciales, ya que la apariencia física produce proyecciones con sesgo por parte de la cultura mayoritaria.

Antes de la década de 1970, el objetivo de muchos inmigrantes era lograr la asimilación; alentaban a los hijos a adaptarse de manera total y con rapidez al estilo de vida estadounidense y al inglés estadounidense. Los grupos más recientes de inmigrantes han adoptado una orientación distinta, transformándose en **biculturales,** es decir, se sienten igual de cómodos con su cultura de origen que con la nueva cultura. Algunos individuos eligen de manera deliberada no efectuar la asimilación, lo cual quizá provoque fuertes reacciones entre los proveedores de servicios del país al cual inmigraron, como en el caso de las comunidades de judíos ortodoxos y los menonitas en Estados Unidos. Muchas personas consideran a estos grupos como extraños, anacrónicos y "desfasados" con respecto a los principales valores de la sociedad occidental. Otros grupos, aunque deseen formar parte de la cultura del país, quizá tengan menos oportunidades de efectuar la asimilación a consecuencia de papeles según el sexo, edad o racismo. El proceso de aculturación es muy complejo y depende de la edad de migración del individuo, de su capacidad para comunicarse, de los grados de semejanza y diferencia entre las dos culturas y de los factores históricos y sociales que caracterizan a la situación del individuo. Pueden producirse tensiones que se denominan **tensión de papel** o **conflicto de papel** en cualquier momento. La tensión de papel o el conflicto de papel se refiere a un cambio repentino en el lugar y funcionamiento que se espera del individuo por parte de la familia o la comunidad a consecuencia de circunstancias externas. En el medio médico quizá los miembros tengan que desempeñar funciones que no estén listos para aceptar. Por ejemplo, es probable que los niños pequeños tengan que actuar como intérpretes de miembros mayores de sus familias.

### Las tensiones en la experiencia de personas refugiadas

El clínico debe estar consciente de las diversas tensiones inherentes a la experiencia de los refugiados. Estas tensiones incluyen duelo por múltiples pérdidas. Algunas de las pérdidas serán de tipo financiero, como propiedades, negocios, inversiones y dinero. Las relaciones interpersonales de importancia con frecuencia se pierden por la separación forzosa. Los individuos que dejan su cultura natal quizá también experimentan luto por la pérdida de su entorno cultural: el sonido de su propio lenguaje hablado por las personas que los rodean, los paisajes y la arquitectura que les resultan familiares. Con frecuencia se produce aislamiento social por ruptura de viejas conexiones sociales y pérdida de la protección que proporcionaba la antigua comunidad en contra de las tensiones.

Las personas externas a menudo subestiman las dificultades inherentes a formar nuevas conexiones entre compañeros refugiados. Los inmigrantes suelen perder su papel social establecido y su posición y a menudo no pueden emplear destrezas adquiridas con anterioridad, como grados profesionales, ya que requieren certificación. Quizá exista un contraste significativo entre las expectativas acerca del país que los hospeda y la realidad de la vida en ese sitio; muchos refugiados no están preparados para el racismo, los prejuicios culturales y el uso de chivos expiatorios (a quienes se culpa de problemas sociales y económicos) que realizan los habitantes del nuevo país. El ajuste a los países más modernos o el contraste entre la vida urbana y rural para los refugiados quizá les ocasione **choque cultural.** Pueden ocurrir traumas durante las

diversas fases del proceso de emigración o después de la llegada al nuevo país.

Aroon U, un hombre de 30 años de edad, con ancestros del este de la India, nacido en Uganda, recordó su emigración a Gran Bretaña cuando tenía 10 años. El gobierno de Idi Amín, que estaba en el poder, inició una campaña para expulsar a los "extranjeros", aunque sus familias hubieran vivido varias generaciones. El Sr. U recordaba poco de estos sucesos; sólo supo que su padre perdió repentinamente, sus negocios y que sus padres estaban asustados. Explicó que "sin embargo, no nos decían lo que estaba ocurriendo, posiblemente para protegernos. Todos sentíamos miedo de lo que ocurriría a continuación".

El Sr. U recordó que sus padres llevaron a su familia al aeropuerto, una estructura moderna que "nos producía terror, pues nunca habíamos visto un edificio más alto que las casas de dos pisos de madera y barro ". La presencia de miles de personas llenas de pánico en el aeropuerto, soldados hostiles y tecnología moderna le resultó abrumadora. "Mis padres tuvieron que cargarnos a mi hermano y a mí para subir las escaleras eléctricas, pues estábamos demasiado aterrorizados como para subir por ellas". El viaje a Londres fue prolongado y el avión estaba muy lleno. El Sr. U dijo que cuando llegaron él y su hermano "nos encontrábamos en estado de choque". Nunca habíamos visto una ciudad tan grande. Todos pensaban que nos encantaría, pero en vez de ello nos agachábamos cuando se acercaba algún camión y no nos atrevíamos a salir por la cantidad de gente en las calles.

El Sr. U continuó describiendo sentimientos de disociación y ansiedad. Gradualmente él y su hermano se acostumbraron a su entorno, pero dijo "nunca me sentí como si perteneciera a esa sociedad, aunque nuestro inglés era bastante bueno". En la escuela eran golpeados por un grupo de estudiantes mayores que los molestaban con epítetos raciales. A los 26 años emigró a una ciudad de Estados Unidos que tenía una comunidad de estadounidenses provenientes de la India oriental bastante grande, pero comentó "aún extraño mi hogar de la niñez en África y a menudo sueño con el pueblo donde nací".

## Respuestas psicológicas y psicopatológicas en el proceso de los refugiados

Como consecuencia de las diversas tensiones psicosociales mencionadas más arriba y de no contar con las estrategias de adaptación aprendidas previamente, muchos emigrantes experimentan trastornos psiquiátricos declarados, incluyendo episodios de depresión grave, distimia, o trastorno de pánico. La depresión y la ansiedad son los más frecuentes y en ocasiones duran varios años. Los síntomas disociativos a veces se complican por ansiedad y a los trastornos depresivos. La exposición a sucesos traumáticos producidos antes, durante y después de la emigración produce trastornos de tensión postraumática, el cual persistirá a consecuencia de las tensiones psicosociales continuas y la falta de acceso a los servicios de salud mental o el desconocimiento con respecto a los mismos. Los refugiados deben ser sometidos a detección de insomnio, pesadillas, recuerdos retrospectivos, fobias y signos de evasividad o aumento de excitación.

Durante la emigración pueden producirse traumatismos craneales que den lugar a deficiencias neurológicas y cognoscitivas perdurables. El clínico debe considerar la presencia de demencia o delirio por afección médica. Muchas partes del mundo no cuentan con normas altas de cuidados para la salud; por lo tanto, la desnutrición, encefalitis, meningitis y otras infecciones pueden haber dejado daños residuales que afecten el estado mental del individuo. Con un acceso pobre a la educación estándar se retarda el diagnóstico de retraso mental y problemas de aprendizaje. El analfabetismo complica el desempeño durante el examen cognoscitivo.

A menudo los emigrantes experimentan preocupaciones físicas basadas en creencias culturalmente sancionadas acerca de la salud y los patrones de comunicación sobre los sentimientos que utilizan metáforas y símbolos somáticos. De este modo, a menudo se detectan trastornos somatiformes en las poblaciones de refugiados. El uso de sustancias, la psicosis reactiva, la paranoia y en ocasiones el comportamiento sociopático son complicaciones psiquiátricas menos frecuentes, teniendo en cuenta las fuertes tensiones que produce la emigración.

La capacidad de adaptación familiar suele sufrir graves tensiones durante la emigración. Los matrimonios se rompen a consecuencia de tensiones abrumadoras y desaparición de los amortiguadores sociales. También se producen conflictos intergeneracionales, la brecha entre las generaciones se ensancha a consecuencia de las presiones de la aculturación. Quizá la generación más joven y las mujeres se adaptan más fácilmente, ya que probablemente se adapten a los diferenciales de poder, según el género, y al menor nivel de procreación y mayores oportunidades para individualización en los países occidentales. Los conflictos entre la antigua cultura y la nueva surgirán durante todo el ciclo de vida de cada individuo en cada acontecimiento importante de la vida señalando las diferencias entre la. forma antigua de vida y las circunstancias actuales.

También suelen surgir conflictos graves conforme los miembros de la familia se acuitaran a distinta velocidad y actúan de manera discordante con las expectativas de sus familias. Algunos de los ejemplos más evidentes ocurren entre inmigrantes de edad avanzada que quedan socialmente aislados y dependen de sus familias para mantener la autoestima y el respeto que esperarían en su antiguo país. Sin embargo, conforme la nueva generación se adapta con rapidez al nuevo sistema de valores, en el caso de Estados Unidos, orientados hacia la juventud, el respeto y consideración se atenúa considerablemente. Las películas como *Avalon, Dim Sum, The Joy Luck Club y Bajai at the Beach* ilustran hasta qué grado existen malos entendidos intergeneracionales en los distintos grupos étnicos.

## IDIOMA E INTERPRETES

El caso más evidente en el cual los aspectos transculturales constituyen un problema se refiere a los pacientes que no pueden comunicarse bien o no hablan inglés y requieren traductor o intérprete. Lo ideal es que se disponga dé un intérprete profesional, pero a falta de ello, lo más frecuente es que las clínicas y hospitales cuenten con personal bilingüe que trabaje en otros departamentos y pueda ser "prestado", y quizá sólo esté relacionado de manera accidental con el campo médico. Al emplear este tipo de intérpretes surgen algunos problemas:

- quizá el intérprete tenga presiones de tiempo para regresar a sus labores normales (y transmitan su impaciencia al paciente);
- tal vez carezca de entrenamiento sobre las sutilezasde las entrevistas psiquiátricas;
- probablemente carezca de distanciamiento profesional y desapasionamiento.

Se pidió la ayuda de un técnico de rayos X para interpretar durante la entrevista de un paciente que no hablaba inglés y que se presentó para tratamiento con radiaciones para cáncer pulmonar. Durante la entrevista, el técnico miraba nerviosamente al reloj. Cuando el paciente no respondió de manera sucinta a las preguntas, el técnico comenzó a presionarlo elevando el tono de voz. Cuando se le preguntó qué estaba ocurriendo el intérprete se quejó de que el paciente no deseaba cooperar. Posteriormente se observó que el paciente experimentaba delirio.

Los intérpretes informales quizá tengan que afrontar su propio estado de aculturación. De manera inconsciente, pueden intentar dirigir o distorsionar la línea de cuestionamiento del entrevistador para minimizar o aumentar las diferencias culturales. Cuando están un poco más aculturados que el paciente, el intérprete quizá intente darle consejos a él (o al médico). Por ejemplo, en el caso de ideas suicidas, el intérprete informal probablemente sienta desprecio hacia la persona que contemple la posibilidad de suicidarse. Este tipo de intérpretes también estarán menos familiarizados con aspectos de confidencialidad, lo cual constituye una consideración importante cuando la cultura minoritaria de la comunidad es muy cerrada.

Estos mismos riesgos son aplicables a los miembros de la familia que suelen proponerse como voluntarios (y a menudo son el recurso de que se dispone con más facilidad). Los miembros de la familia tienen sus propias necesidades y expectativas con respecto al comportamiento del paciente. Es muy probable que traduzcan de manera errónea en ambos sentidos y que revelen parcialmente o distorsionen las respuestas de la persona. Los aspectos de confidencialidad pueden constituir obstáculos enormes. Debido a las diferencias de lenguaje, el entrevistador se encuentra en posición inferior con respecto a estas intenciones ocultas. Dichas intenciones quizá incluyan que los miembros de la familia intenten proteger al paciente evitando que los médicos le informen de alguna enfermedad terminal o traten de mantener el secreto de violencia doméstica dentro de la familia.

Los mejores intérpretes son los que comprenden los antecedentes culturales del paciente y también están bien aculturados con la cultura del país, es decir, son biculturales. Inclusive con intérpretes expertos es importante hablar con ellos antes de entrevistar al paciente para que tengan en cuenta los aspectos relacionados con la confidencialidad, el objetivo de la tarea a la mano y los métodos para alcanzarlo (p. ej., en un examen del estado mental, la importancia de traducir o describir el flujo de asociaciones tangenciales o no secuenciales *[non sequiturs])*. Una regla general al emplear un intérprete es por lo menos duplicar la cantidad de tiempo que se anticipa para una entrevista normal. La traducción puede dividirse en tres tipos principales:

- traducción resumida (es más conveniente en un principio para obtener los antecedentes de la enfermedad actual o los antecedentes sociales);
- traducción palabra por palabra (es la del tipo más lento y se emplea al traducir instrucciones o procedimientos);
- interpretaciones culturales (en este caso el intérprete te da interpretaciones y explicaciones culturales, además de transmitir la comunicación directa).

El clínico debe tener en cuenta que los servicios de interpretación agregan otra capa de posibles malos entendidos y también aumentan la estructura de la entrevista posiblemente a expensas de información

valiosa con respecto a los procesos de pensamiento espontáneo del paciente. En particular, en los problemas psiquiátricos quizá se pasen por alto diversas sutilezas.

Carlos C, un mexicano de 25 años de edad, había sido detenido y estaba aguardando posible deportación cuando el personal de la prisión observó que estaba agitado, hablaba consigo mismo y parecía paranoico. Hablaba muy poco inglés. Mediante un intérprete negó tener ideas suicidas, pero aparentemente tenía ideas de persecución con respecto a la maña. No se observó evidencia de asociaciones incongruentes u otros síntomas de algún trastorno formal del pensamiento, aunque su aseo e higiene personal dejaban mucho que desear. Se pidió al psiquiatra que evaluara al Sr. C para determinar si sus ideas de que la mafia lo "perseguía" se relacionaban con psicosis o con alguna creencia culturalmente congruente en ciencias ocultas y experiencias con grupos delincuentes organizados.

El Sr. C fue entrevistado en español y reveló delirio de persecución sumamente elaborado que incluía el hecho de que la maña lo vigilaba a través de las persianas y le enviaba mensajes telepáticamente. No describió nada con respecto a la creencia de que estaba maldito, aunque el Sr. C había participado en contrabando de drogas a pequeña escala varios años antes y quizá hubiese entrado en contacto con figuras del crimen organizado en esa época. Negó usar sustancias en la actualidad y su detección toxicológica fue negativa.

El clínico hizo arreglos para entrevistar al Sr. C en su lengua natal de manera tal que pudiera expresar sus procesos de pensamiento con más detalle, revelar delirios elaborados, alucinaciones auditivas, asociaciones incongruentes e ideas de referencia. Su tratamiento con antipsicóticos condujo a que mejorara en la siguiente semana.

**Diagnóstico.** Psicosis no explicada de otro modo; considérese esquizofrenia de tipo paranoide o trastorno esquizofreniforme (eje I).

Los intérpretes suelen ser mejores para facilitar preguntas abiertas, obtener información demográfica básica y reportar los síntomas físicos del paciente. No son tan buenos por lo que respecta a obtención de antecedentes sociales detallados o información sobre problemas familiares, disfunción sexual, alucinaciones o delirios y suicidio.

Como el intérprete es el único que entiende ambos idiomas, puede dirigir o traducir de manera incorrecta la entrevista. Además, si el intérprete tiene los mismos antecedentes étnicos que el paciente, quizá éste lo considere como más poderoso que al médico, ya que es un compatriota que ha logrado aculturarse con éxito y tienen trabajo con los profesionales de medicina. Para mantener el control de la entrevista, el clínico debe emplear tantos signos no verbales como sea posible:

- ordena los asientos de modo que todas las personas puedan verse con facilidad;
- se asegura de que el intérprete no sea físicamente dominante;
- se dirige al paciente directamente en vez de solicitar al intérprete que le pregunte lo que desea;
- mantiene tanto contacto visual con el paciente como sea posible.

Un residente de medicina interna solicitó una evaluación psiquiátrica para una paciente de la clínica de externos, Lily W, una mujer estadounidense de origen chino, de 60 años de edad. El intérprete era amistoso y profesional y procedió a traducir las preguntas del psiquiatra sobre síntomas de depresión. La Sra. W reveló diversos síntomas de depresión grave, incluyendo insomnio, pérdida de peso, sentimientos de culpa y falta de valía y pérdida de energía, placer y apetito. También reveló preocupación por la muerte y el hecho de morir.

De manera lógica, el psiquiatra se preguntó si la Sra. W tenía ideas activas con respecto al suicidio y procedió a formular esta pregunta. El intérprete se negó a traducirla. El psiquiatra comenzó a explicar por qué era importante evaluar los pensamientos de suicidio, pero el intérprete le dijo: "no puedo preguntarle eso, sería como insultarla; todo mundo sabe que las damas chinas no piensan en esas cosas".

Posteriormente, el psiquiatra encontró a una enfermera que hablaba cantones. A través de ella le preguntó a la paciente sobre ideas suicidas y la intérprete se sintió muy sorprendida cuando la Sra. W reconoció que pensaba mucho en el suicidio y que tema planeado una sobredosis de su medicamento. Cuando el médico estableció con la Sra. W un contrato para que no se dañara a sí misma, la envió a una clínica de salud mental de la localidad especializada en el cuidado de pacientes asiáticos.

El caso anterior ilustra el hecho de que el clínico necesita tener en cuenta tanto sus propias interacciones y respuestas ante los pacientes como las de los intérpretes. Es importante considerar los "puntos ciegos" que dificultan determinados tipos de preguntas o enmascaran áreas importantes de preocupación clínica.

Aunque estas interacciones complejas parezcan abrumadoras a primera vista, el clínico debe sentirse alentado por el concepto de que trabajar con intérpretes es una destreza que puede adquirir con paciencia y experiencia.

## MODELOS DE ENFERMEDAD LEVE, ENFERMEDAD GRAVE, CURACION Y SALUD

Las definiciones que tengan el paciente y el médico con respecto a salud mental y enfermedad ejercen un efecto profundo sobre cada etapa de enfermedad del primero. La interacción combinada de estas definiciones determinará la motivación de la persona para solicitar atención, la urgencia con que lo solicite, el tipo de proveedor de salud a quien consulte, la naturaleza del diagnóstico y tratamiento que éste le ofrezca, el grado hasta el cual el paciente elija seguir las recomendaciones de tratamiento, y por último la eficacia del proceso de curación.

El **método narrativo** y el **modelo explicatorio** son dos conceptos antropológicos útiles y de ayuda para comprender la influencia de la cultura sobre la experiencia del paciente con respecto a las enfermedades médicas o psiquiátricas. El método narrativo para comprender la enfermedad enfatiza que el individuo entienda su propia enfermedad dentro del contexto de su propia experiencia de vida. El modelo explicatorio se enfoca en el significado de la enfermedad para el paciente, como explica el hecho de que la padezca incluyendo el momento en que se produjo en su vida. La comprensión del paciente con respecto a la causa de la enfermedad también depende de la comprensión prevalente con respecto a su grupo cultural.

### LA CULTURA DE LA MEDICINA OCCIDENTAL

La base del enfoque transcultural en medicina presupone que el clínico intenta comprender las diferencias entre dos sistemas culturales distintos. Tradicionalmente esto ha conducido al enfoque en los antecedentes étnicos del paciente suponiendo que el entrenamiento científico del clínico en medicina sobrepasa de alguna manera los sesgos culturales y adquiere una perspectiva objetiva de la enfermedades leves, graves y del comportamiento humano. Esta suposición pasa por alto los propios valores y perspectivas del clínico y presupone que la medicina occidental de algún modo se encuentra desligada de los valores y es objetiva. Los modelos explicatorios de la enfermedad y los papeles y derechos de los pacientes y las personas que los curan constituyen aspectos de importancia en cualquier sociedad y reflejan creencias culturales muy fuertes. Dichas creencias son aprendidas de manera concentrada durante los estudios de la escuela de medicina y el entrenamiento de residencia, pero son ampliamente reconocidas en Estados Unidos. Los programas de televisión como *ER* (Sala de Urgencias) y *Chicago Hope,* resultan interesantes para diversas audiencias, en parte porque ilustran los dramas humanos que se desenvuelven en medios hospitalarios. Los espectadores no tienen que ser médicos para comprender el contexto de estos programas; las reglas y conflictos en que se basan las historias son conocidos para la mayoría de los estadounidenses.

¿Cuáles son los valores de la tradición médica occidental o angloestadounidense? Los científicos sociales han intentado caracterizar a la medicina estadounidense desde el punto de vista antropológico como "una cultura dentro de otra cultura". De este modo, se considera que la medicina tiene valores y lenguaje propios y un punto de vista implícito.

La medicina occidental se basa fuertemente en fundamentos biomédicos. En los últimos 150 años hemos sido testigos de éxitos rotundos en el modelo biológico de las enfermedades, incluyendo la invención del microscopio, el descubrimiento de la teoría de los gérmenes y los medicamentos del tipo de antibióticos, neurolépticos y antidepresivos, el descubrimiento del DNA como base molecular singular de la vida. Los modelos occidentales de enfermedad suelen descansar sobre explicaciones físicas; por ejemplo, se considera que las enfermedades cardiacas son provocadas por bloqueo de las arterias coronarias; el cáncer es resultado de errores en la replicación celular dirigida por el DNA, y la depresión se debe a un desequilibrio de neurotransmisores en el SNC. Se considera que los factores biológicos son más importantes que las consideraciones psicológicas y sociales.

Muchos estudiantes de medicina observan que aunque adquieren conocimiento sobre ciencias de comportamiento en las clases preclínicas, cuando inician las rotaciones clínicas deben dar breves resúmenes en caso necesario de los aspectos psicológicos y sociales de la vida del paciente. Por lo tanto, la sección de "antecedentes sociales" de la evaluación del paciente se considera como una categoría aparte y en ocasiones los maestros indican a los estudiantes que restrinjan sus comentarios por lo que respecta a esta categoría incluyendo únicamente los hábitos de fumar del paciente y el origen de sus ingresos.

El papel del médico en su relación con el paciente se ha modificado en la segunda mitad del siglo xx pues el primero ha pasado de ser una figura de autoridad que da órdenes a los pacientes a un compañero con alto entrenamiento y amplia información que da instrucciones y guía a los pacientes para tomar decisiones racionales. La suposición implícita es el concepto

occidental del individuo como un ser autosuficiente y, en forma ideal, capaz y deseoso de ser independiente para tomar decisiones.

Las críticas con respecto a la biomedicina se enfocan en el papel tan pequeño que se concede a los aspectos psicológicos, sociales y espirituales para comprender la salud y la enfermedad. La especialización en investigación y el entrenamiento de medicina conduce a un enfoque en los órganos, más que en la persona considerada como un todo, y se pasa por alto el papel que desempeña la persona en su medio social, incluyendo familia, sitio de trabajo y comunidad. El hecho de que los factores sociales se dividan de los procesos de enfermedad también limita la discusión de problemas sociales. Por ejemplo, un paciente que es despedido por una fusión corporativa y se siente impotente ante su predicamento financiero, quizá se le diagnostique depresión grave. Esta clasificación objetiva pasa por alto la discusión del efecto de los cambios en el empleo sobre la salud mental. También existen prejuicios hacia pacientes que se someten a tratamientos agresivos, que luchan contra enfermedades terminales, pasando por alto la posibilidad de ayudas complementarias de tipo psicológico o alternativo para la curación. El clínico debe tomar en cuenta sus propios prejuicios culturales, algunos de los cuales se derivan de valores inherentes a la biomedicina moderna.

## COMO INTERPRETAN LA SALUD Y LA ENFERMEDAD LAS DISTINTAS CULTURAS

La tarea de determinar el modelo explicatorio del paciente con respecto a su enfermedad forma parte fundamental de cualquier entrevista, pero es de particular importancia en el medio transcultural. Colocar la sintomatología del paciente dentro del contexto de sus antecedentes y creencias culturales y sociales no es simplemente cuestión de expresar curiosidad adecuada, adoptar un punto de vista holístico hacia el paciente o practicar modales delicados durante la entrevista. También incluye obtener un diagnóstico completo. La ausencia de este método puede conducir a fuertes malos entendidos o confusiones sobre la afección del paciente, a menudo con consecuencias graves.

Con estos dos modelos explicatorios divergentes en mente, el clínico debe determinar qué aspecto de cada uno empleará para elaborar el plan de tratamiento. Lo ideal es usar un proceso en el cual el paciente comprenda que el clínico entiende su propio modelo explicatorio después de lo cual el clínico infundirá a dicho modelo, sus propias concepciones sin invalidar el modelo del paciente o intentar modificar sus ideas. En realidad, la elaboración de un modelo híbrido adecuado quizá permita alcanzar la meta de eficacia clínica, aunque probablemente dé lugar a problemas éticos.

Un nefrólogo solicitó una consulta psiquiátrica urgente para mantener a su paciente, Rodolfo F, bajo restricción psiquiátrica por "comportamiento suicida". El Sr. F, un estadounidense de origen chino de 26 años de edad, había asistido a diálisis tres veces por semana durante varios años tras desarrollar insuficiencia renal crónica. El Sr. F se interesó en sus raíces culturales e inició un tratamiento de acupuntura para su enfermedad renal. Informó al nefrólogo que el acupunturista esperaba que se recuperara totalmente mediante ese tratamiento y el uso de hierbas chinas, por lo cual, dejaría de asistir a la clínica renal para diálisis. El nefrólogo no logró convencerlo de que se enfermaría gravemente y probablemente moriría en pocas semanas si seguía ese plan. Entonces, el nefrólogo decidió solicitar la consulta psiquiátrica.

Durante el examen, el Sr. F no presentó signos de ningún trastorno mental como depresión o síntomas de psicosis. Parecía entusiasmado con la posibilidad de "curarse" de su enfermedad en contraste con el modelo de enfermedad crónica que le ofrecía la medicina occidental. Se mostró reticente a considerar lo que haría en caso de no mejorar al seguir el régimen de tratamiento de la acupunturista, pero indicó que probablemente se sintiera desilusionado y recurriera de nuevo a la diálisis. El psiquiatra concluyó que el Sr. F era capaz de tomar decisiones racionales con respecto al cuidado de su salud.

El seguimiento del plan de tratamiento también se ve afectado por los distintos sistemas de creencias culturales con respecto a la medicina y las enfermedades mentales y por las expectativas sobre el tipo de comportamiento que el clínico debe tener. En particular, las actitudes hacia las enfermedades psiquiátricas y mentales son temas muy sensibles para los pacientes y miembros de la familia de todas las culturas incluyendo la estadounidense. Toda persona teme que se le designe como "loca" o como "caso mental". Además, muchas culturas no diferencian entre enfermedades de categorías psiquiátricas y no psiquiátricas y quizá los pacientes no comprendan la presencia de un médico aparte cuya función sea evaluar y tratar afecciones relacionadas con la tensión.

A menudo se observa que los pacientes de culturas no occidentales aparentemente cumplen con lo que el médico les indica. El respeto superficial y el temor ocultan la desconfianza profunda hacia el proceso clínico. Se debe alentar a los pacientes a que expresen su propio modelo explicatorio de la enfermedad.

Cuando lo hacen, el clínico sagaz puede compararlo con el propio para detectar conflictos con el fin de evitar comunicaciones clínicas erróneas, solicitud inadecuada de cuidados y falta de seguimiento del tratamiento y en consecuencia frustración para el paciente y el médico.

Ronaldo H, un hombre de 62 años, había emigrado recientemente de Jamaica a Estados Unidos. Su examen de detección física inicial fue notable por una anormalidad, un leve aumento del tamaño de la próstata. El residente de medicina explicó al Sr. H que sería necesario que acudiera a una cita con el urólogo para someterse a una biopsia con aguja de la próstata y le explicó "se llevará a cabo por vía transrectal, pero es un procedimiento sencillo, que no requiere estancia hospitalaria".

El Sr. H indicó que comprendía, pero no cumplió con la cita ni se presentó a la segunda cita que se le programó. El residente de medicina solicitó una evaluación psiquiátrica del Sr. H, pues según indicó al psiquiatra: "me interesa saber lo que usted opina, yo pienso que padece demencia o alguna psicosis subyacente, quizá del tipo de la esquizofrenia".

En el curso de la entrevista se observó que el Sr. H tenía modales agradables, aunque estaba un poco nervioso. El residente de medicina lo confrontó con cierta dureza: "Sr. H, usted ha dejado de asistir a dos citas. Le voy a hacer una tercera cita para la biopsia, ¡pero tiene que asegurarse de presentarse!" El Sr. H asintió con poco entusiasmo. El psiquiatra le preguntó si comprendía por qué se necesitaba la biopsia y él indicó que no, a pesar de las explicaciones previas del residente de medicina. Sin embargo, no se observan indicios de pérdida de la memoria a corto plazo ni de otra disfunción cognoscitiva en las pruebas de estado mental, ni ningún signo de psicosis.

Posteriormente, el psiquiatra se enteró de que el Sr. H nunca había asistido al médico antes de llegar a Estados Unidos y literalmente no sabía qué era lo que se esperaba de él. Se sintió sorprendido en la primera visita cuando el residente lo sometió al examen rectal, y agregó "No entiendo cómo trabajan los médicos. Quizá realicen experimentos con uno. Quién sabe si lo harán, pero no deseo que nadie me clave agujas por dentro si no estoy enfermo".

Las normas culturales también afectan de manera directa el contexto del paciente y sus expectativas con respecto a las interacciones en la relación entre médico y paciente.

Ivana L, una mujer de 46 años, ingresó al hospital por complicaciones de cáncer de mama metastásico. La Sra. L había emigrado de Ucrania cinco años antes. Se solicitó una consulta psiquiátrica para determinar si era capaz de dar el consentimiento informado. La Sra. L se refirió a su enfermedad como un "catarro" y se ponía nerviosa cuando el personal empleaba la palabra "cáncer". También se agitó cuando el equipo de cirugía intentó explicarle la forma de consentimiento informado. Le informaron los diversos riesgos de infección, parálisis o muerte de la operación a que planeaban someterla. La Sra. L se cubrió los oídos e iracunda pidió al equipo que saliera de su habitación.

Un intérprete que también procedía de la antigua Unión Soviética explicó que en el país de origen de la paciente su caso se hubiese manejado de manera muy distinta. Nunca empleaban el término "cáncer". Además, los médicos practicaban de manera mucho más autocrática y paternalista y revelaban a los pacientes lo que planeaban hacerles, pero no les permitía expresar ninguna opinión al respecto.

La Sra. L se sentía nerviosa en parte porque el método empleado por el doctor estadounidense le resultaba extraño.

De nuevo es importante insistir en que en Estados Unidos existen variaciones por lo que respecta a las comprensiones individuales de los distintos tipos de enfermedades físicas y psiquiátricas.

Casilda R, una mujer estadounidense de tercera generación, descendiente de europeos, creía que su depresión tenía origen biológico y se negaba a asistir a psicoterapia. Estuvo de acuerdo en tomar un antidepresivo inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) y se sintió contenta porque su estado de ánimo y su nivel de energía mejoraron. El proveedor de cuidados primarios y su familia la alentaron a iniciar la psicoterapia pero ella dijo "No necesito la terapia. Mi médico dice que la depresión es como la diabetes y que tomar paroxetina es lo mismo que necesitar insulina. Ese es el único tratamiento que necesito".

También se han observado variaciones culturales en las respuestas a la enfermedad, por lo que respecta a la manera en que las personas de distintos antecedentes étnicos toleran el dolor (en el cap. 15 se da una discusión más amplia del dolor crónico). La experiencia del dolor es la suma de la respuesta del paciente ante estímulos nocivos, mediada por la psicología interna, el entorno inmediato y el contexto cultural

general. Con frecuencia el paciente expresa el dolor de manera muy distinta en el consultorio médico que en el hogar, al dirigirse a un miembro de su familia, ya que tiene distintas expectativas en ambos sitios. Existen amplias diferencias culturales por lo que respecta a expectativas y aceptación del dolor. Por ejemplo en Estados Unidos se espera que las mujeres al dar a luz experimenten bastante dolor, aunque en otras culturas en general existe poca aceptación del dolor en estas circunstancias. Comprender el contexto cultural y psicológico de las experiencias del paciente ayudará a evitar la prescripción excesiva o demasiado baja de analgésicos.

## LA CULTURA Y EL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

El *DSM-IV* contiene una guía para valorar el impacto de la cultura, incluyendo la identidad cultural del paciente, basándose en los antecedentes migratorios y la identidad ética. Esto incluye los modelos de explicación del paciente para su propia enfermedad y las normas culturales de comportamiento para solicitar ayuda. Los factores culturales relacionados con el desarrollo del paciente y también las tensiones psicosociales y apoyos se emplean para caracterizar el nivel de funcionamiento del paciente. Las diferencias culturales entre el médico y el paciente deben describirse en términos de transferencia y contratransferencia. El diagnóstico psiquiátrico se expresará tanto en términos occidentales como según las categorías diagnósticas de la propia cultura de la persona explorando de qué manera el origen étnico afecta al diagnóstico diferencial y al plan de tratamiento.

La psiquiatría es la única especialidad de medicina donde la experiencia singular del individuo es crítica para comprender a fondo y formular un plan eficaz de tratamiento para cualquier trastorno específico. La mayoría de los trastornos psiquiátricos se manifiestan en términos de alguna perturbación del comportamiento. En particular cuando el tratamiento de salud mental se vincula con estigmatización, las personas y sus familias quizá aguarden hasta que la disfunción sea muy grave antes de presentarse al medio médico. En cualquier sociedad, sólo se tolera determinada cantidad de divergencia con respecto a las normas del comportamiento aceptables antes de considerar que el individuo se desvía.

En Singapur se cuenta con muy pocas camas en el área de psiquiatría. La mayoría de los individuos con trastornos mentales recibe tratamiento en el hogar o sus familias los mantiene ocultos para evitar que otras personas se enteren de su enfermedad. Cuando una persona tiene alguna afección suficientemente grave como para necesitar hospitalización psiquiátrica, se tiene sumo cuidado de mantener en secreto dicha afección tras el alta. En un programa similar al método que se emplea en el programa de protección de testigos en Estados Unidos, el paciente es dado de alta a un nuevo hogar en una parte distinta de la isla. El estigma de las enfermedades mentales es tan grande que el paciente y su familia adoptan nuevos nombres, se les emiten nuevos registros de ciudadanía y licencias de conducir para evitar que cualquier persona se entere del trastorno psiquiátrico o del tratamiento.

Cada cultura tiene su propio sistema de creencias sobre la causa subyacente de la aberración del comportamiento. Los asiáticos a menudo creen que la salud mental depende de la autodisciplina y de la voluntad, y probablemente exhorten al miembro deprimido de la familia a "recuperarse por sí solo" o "dejar de tener pensamientos negativos". Por otra parte, quizá no exista sentido de responsabilidad personal cuando se considera que el enfermo está poseído por algún espíritu o que alguna persona le causó mal de ojo. La mayoría de las culturas tienen un método de sentido común para tratar lo que conocemos como trastornos de adaptación en donde las tensiones claramente identificables conducen a sufrimiento y disfunción. Sin embargo, a menudo estos problemas son tratados de manera numérica, de modo que el hecho de ser cuestionados sobre los antecedentes sociales en un medio médico puede experimentarse como inesperado e intrusivo.

El médico que valora los pacientes para determinar la presencia de posibles trastornos psiquiátricos en realidad está definiendo lo que constituye el comportamiento normal contra el comportamiento aberrante. A medida que conozca más datos sobre distintas culturas, debe tener cuidado para no considerar como "normales" los síntomas o simplificar de manera excesiva sus observaciones y conclusiones con respecto a los síntomas del paciente.

El Sr. y la Sra. K llevaron a su hija de 16 años, May, a la cita con el pediatra. Se quejaron de que May se comportaba de manera "insoportable". Reportaban que les contestaba mal y también a su abuela, que permanecía en la calle con muchachos hasta hora avanzada y experimentaba con el alcohol. El comportamiento de May podría considerarse marginalmente como adecuado para la edad en opinión del pediatra, y desde el punto de vista occidental. Sin embargo, su familia consideraba que el comportamiento era notablemente aberrante según las

normas de su propia cultura, según las cuales debían cumplir y respetar los deseos de sus padres.

De hecho, el psicólogo infantil observó que May tenía dos tías que padecían trastorno bipolar y al efectuar el examen del estado mental, May presentó aceleración del habla y de los pensamientos. Ella misma había observado menor necesidad de dormir, aumento de actividad y de gastos y en dos ocasiones había escuchado voces que le hablaban. Se le diagnosticó trastorno bipolar y se le prescribieron estabilizadores del estado de ánimo. Sus síntomas desaparecieron con rapidez y ella recuperó su estado mental normal.

Los padres continuaron quejándose de que May era "demasiado independiente". Pero esto sólo reflejó problemas familiares que persistieron más tiempo que el diagnóstico de May.

**Diagnóstico.** Trastorno afectivo bipolar, manía con rasgos psicóticos (eje I).

El antropólogo médico Kleinman argumenta que la comprensión psiquiátrica actual se relaciona con un modelo de enfermedad mental al cual da el nombre de **patogenicidad/patoplasticidad,** según el cual la forma de la enfermedad es determinada por la biología, mientras que los factores culturales determinan principalmente el contenido del trastorno. La **falacia de categoría** que él propone, supone que las categorías de enfermedades mentales desarrolladas por los psiquiatras occidentales y codificadas en el *DSM-FV* y su contraparte internacional, el *ICD-10,* representan la forma verdadera (biológica) de la enfermedad mental, sin tomar en cuenta el contenido cultural. La búsqueda de universalidad de las enfermedades mentales se deteriora al realizar el esfuerzo de justificar estas categorías occidentales en vez de lograrse una comprensión de la enfermedad según la experimentan los individuos de distintas culturas. De este modo, Kleinman crítica las investigaciones transculturales porque conceden demasiada importancia a las semejanzas de las enfermedades mentales en las distintas culturas y muy poca atención a las diferencias, y porque de manera repetida se aplican las mismas listas de enfermedades a poblaciones clínicas que tienen más probabilidades de presentar dichas semejanzas. Kleinman argumenta que es conveniente emplear un método descriptivo de tipo más inclusivo que intente estudiar los síntomas y el comportamiento con menos nociones preconcebidas de lo que constituye la enfermedad mental en otras culturas.

Fabrega describe esta lucha entre puntos de vista competitivos de universalismo y relativismo. El universalismo intenta comprender la enfermedad mental buscando conocimientos científicos basados en principios biomédicos con el fin de comprender la causa de las enfermedades mentales y conducir al tratamiento y posible eliminación de la enfermedad. Por otra parte, el relativismo efectúa descripciones a través de filtros sucesivos de factores culturales que determinan la manifestación y el curso de las enfermedades mentales y físicas, concediendo menos importancia a los factores biológicos. Ambos métodos tienen debilidades inherentes. Las teorías biológicas sin duda son pertinentes, ya que los clínicos no pueden, empleando la metáfora de Wittgenstein, simplemente quitar la cascara de los factores culturales para encontrar la parte interna biológica universal de toda enfermedad. Quizá un punto de vista más amplio que evite esta dicotomía consideraría a las enfermedades psiquiátricas (y médicas) como una interrelación dinámica de aspectos biológicos y culturales, de modo tal que cada uno influya en el otro y que dan lugar a la causas, epidemiología, presentación y tratamiento de las enfermedades mentales.

## LA CULTURA Y EL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO

### LA PSICOTERAPIA Y LOS ASPECTOS TRANSCULTURALES

El origen étnico desempeña un papel importante en la interacción entre el paciente y el médico y en las percepciones del primero con respecto al sistema de cuidados para la salud. La transferencia asume características singulares dependiendo de las experiencias del paciente pero también se ve muy influida por el empalme cultural o las diferencias entre el paciente y el médico. Cuando ambos comparten los mismos antecedentes culturales, las respuestas emotivas del paciente pueden variar. El paciente menos aculturado que el médico en ocasiones lo idealiza y también su estatus profesional. Otra alternativa es que el paciente considere al médico como "traidor" por formar parte de la institución médica, como si la cultura de la medicina reemplazara a la propia herencia cultural del médico. Algunos pacientes vacilan entre ambas opiniones.

Cuando el médico tiene antecedentes étnicos distintos, con frecuencia el paciente manifiesta desconfianza declarada, adquiere actitud suspicaz u hostil. También es posible que se produzca una respuesta positiva: quizá el paciente se muestre amistoso y excesivamente complaciente o respetuoso. Algunos pacientes niegan la diferencia entre los grupos culturales o por lo menos niegan el impacto de cualquier diferencia. El médico debe estar alerta para detectar signos de estas respuestas emotivas en las palabras o comportamientos del paciente. Quizá el éxito o el fracaso de la psicoterapia

y otros encuentros médicos dependan de que el médico esté consciente de estos aspectos y de señalárselos al paciente para que los entienda.

Alejandro M, un veterano de Vietnam que se quejaba de depresión y recuerdos retrospectivos graves y pesadillas ingresó a la unidad psiquiátrica de internos en el hospital para veteranos afiliado a la universidad. El Sr. M fue asignado a trabajar con un estudiante médico estadounidense de origen vietnamita que había emigrado de Vietnam a Estados Unidos a los 11 años de edad. El Sr. M se sintió muy alterado por la identidad étnica del estudiante con quien debía trabajar y le dijo' 'de ninguna manera le revelaré los detalles de mi vida, pues no confío en usted". Solicitó que lo atendiera otra persona.

El estudiante también se sentía nervioso sobre la posibilidad de trabajar con el Sr. M ya que le parecía demasiado hostil como para formar una alianza terapéutica con él y también le recordaba la tormentosa etapa de guerra en su país. El psiquiatra de turno no estuvo de acuerdo en asignar a otra persona al caso y le dijo "tendrás que aprender cómo trabajar con el paciente".

Gradualmente, el Sr. M permitió que el estudiante tomara sus antecedentes, llevara a cabo el examen físico y comenzara a atender sus necesidades médicas. En las siguientes semanas el Sr. M le reveló datos sobre su depresión y síntomas de trastorno de tensión postraumática. Su afección mejoró drásticamente.

En el momento del alta, el Sr. M dijo "no puedo creer que haya llegado a confiar en alguien a quien consideraba 'mi enemigo' y ¡que me haya ayudado tanto!" En realidad, el estudiante y el médico responsable se preguntaron si la identidad étnica del estudiante, aunque fue un impedimento muy fuerte para la terapia en la etapa inicial, sirvió como, catalizador para el rápido progreso del Sr. M con el tratamiento. Los sentimientos de hostilidad del Sr. M hacia su "enemigo" y el temor, hicieron más transparentes sus emociones y le permitieron trascender de los prejuicios étnicos a sentirse "ayudado por otro ser humano", lo cual restauró su nivel de confianza y esperanza.

En ocasiones los pacientes requieren orientación con respecto a los principios fundamentales de confidencialidad entre el médico y el paciente, los cuales son de importancia crítica en cualquier medio de cuidados para la salud.

María R, una mujer filipina de 28 años, fue enviada por el practicante familiar a la clínica neurológica de demencia por "problemas de memoria". El estudiante médico que la evaluó observó que tenía leves problemas con la memoria a corto plazo y de concentración. Aunque la Sra. R negó sentirse deprimida, el estudiante observó su apariencia deprimida, sus movimientos psicomotores lentos, su voz tranquila y que proporcionaba respuestas monosilábicas a las preguntas.

Cuando el estudiante formuló preguntas sobre la situación de la Sra. R en el hogar, ella rompió a llorar. Con ayuda gradual, explicó que su marido siempre estaba "sumamente enojado" con ella porque había emigrado de Filipinas cuatro años antes que él y sospechaba que había tenido algún amorío en esa época. El marido había progresado de abuso verbal a empujarla y golpearla. La Sra. R había considerado suicidarse pero nunca había revelado nada de sus problemas a otra persona. Su médico también trataba a su marido, por lo que ella suponía que cualquier cosa que le revelara sería transmitida directamente a este último. La Sra. R aceptó con reticencia la referencia al psiquiatra, pero finalmente estuvo de acuerdo cuando el estudiante médico le comunicó que "el suyo era un problema médico frecuente" y le explicó los principios de confidencialidad.

Las interacciones terapéuticas también dependen de un marco de referencia común para determinar en qué sitio surgen problemas y cómo pueden concebirse y tratarse. Algunas de estas suposiciones fundamentales son tan implícitas que prácticamente se dan por sentado. Por ejemplo, la concepción occidental del yo mismo es la del individuo autosuficiente. El estado ideal de salud psicológica es el de una persona que funcione independientemente y es competente para movilizar recursos (p. ej., personas o bienes materiales) con eficacia. De este modo, la tradición occidental propone el ideal de autosuficiencia, autodependencia e independencia y valores similares que guardan correlación importante con aspectos del medio de cuidados para la salud como confidencialidad, consentimiento informado y autonomía. Sin embargo, en muchas culturas el individuo se define en relación a otros miembros de su familia o de la comunidad. En muchas culturas se concede más importancia al funcionamiento saludable del individuo dentro de un entorno más amplio. A menudo la psicoterapia familiar es un componente de importancia crítica al trabajar con pacientes de culturas de este tipo.

También es preciso tener cuidado de familiarizarse con diversos aspectos culturales antes de iniciar la terapia con el fin de determinar las posibles áreas de conflictos o dificultades.

La clínica de salud para refugiados de cierto hospital de la comunidad decidió iniciar un grupo para tratar el trastorno de tensión postraumática en refugiados de Bosnia. Se entrevistaron diversas personas para formar el grupo y se las invitó a asistir a la primera sesión. Tan pronto llegaron a la sesión se inició una pelea a puñetazos entre los refugiados musulmanes y cristianos, que habían luchado en facciones opuestas durante el conflicto en su país natal.

El clínico también debe intentar anticipar de qué manera las experiencias del paciente y su uso de metáforas afectarán las intervenciones terapéuticas.

Una mujer estadounidense de origen vietnamita de 24 años de edad solicitó tratamiento por ansiedad relacionada con experiencias traumáticas en su país. El terapeuta le recomendó ejercicios de relajación para ayudarla a tranquilizarse. El terapeuta sugirió que la paciente visualizara una playa (de manera congruente con su propia concepción de una escena relajante). La paciente se puso muy nerviosa y llorosa y explicó que sus experiencias traumáticas se habían producido en un campo de refugiados ubicado en una playa del sudeste de Asia.

## PSICOFARMACOLOGIA Y ASPECTOS TRANSCULTURALES

La cultura afecta de manera significativa el uso de agentes psicofarmacológicos de diversas maneras. Como se describió con anterioridad, la cultura del paciente influye en su comprensión de la enfermedad mental, y por lo tanto en el cumplimiento del régimen prescrito. Además, la variación interétnica en el metabolismo de medicamentos psicotrópicos también debe tomarse en cuenta. Aunque los reportes de variaciones de este tipo se observaron por primera vez en la década de 1960, sólo se han estudiado científicamente en la última década.

Las respuestas terapéuticas y los efectos secundarios pueden variar hasta por un factor de 40. Las diferencias de metabolismo farmacológico dentro de un mismo grupo étnico dependen de niveles genéticamente determinados de enzimas hepáticas. Por ejemplo, existen deficiencias de deshidrogenasa de glucosa-6-fostato en algunos afroestadounidenses o estadounidenses de origen asiático y también hay personas llamadas metabolizadores rápidos y metabolizadores lentos de acetilación entre los asiáticos y los de raza blanca.

Los genes polimórficos determinan los niveles de éstas y otras enzimas que controlan la velocidad de descomposición de los alimentos en el cuerpo. En el hígado, el sistema de citocromo P-450 determina el metabolismo de diversos fármacos. De manera específica, la CYP2D6 determina el metabolismo de muchos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos (ATC) y antipsicóticos, y la CYP2C19 afecta el metabolismo de ATC terciarios y benzodiacepinas. Otros factores que varían dentro de los grupos étnicos y entre ellos que afectan a la farmacocinética incluyen porcentajes promedio de grasa corporal, conjugación y variación en la concentración y forma de proteínas plasmáticas que se enlazan con los fármacos y transportan los medicamentos psicoactivos. Los efectos del origen étnico en la dieta, tabaquismo, consumo de alcohol y uso de preparaciones herbales ejercen influencias ambientales sobre la actividad de las enzimas que metabolizan los medicamentos psiquiátricos. Los investigadores tienen la esperanza de que en la siguiente década se desarrollen pruebas específicas que permitan al clínico prescribir regímenes de medicamentos psicotrópicos adaptados a cada individuo dependiendo de pruebas sanguíneas y de un conocimiento más amplio del metabolismo farmacológico. Estudios recientes también documentan diferencias en las prácticas de prescripción cuando el clínico y el paciente son de distinto grupo étnico. Los afroestadounidenses tienen más posibilidades de que se les diagnostique esquizofrenia cuando son examinados por médicos que no sean afroestadounidenses y es más probable que se les recete medicamentos antipsicóticos sin importar su diagnóstico. También es más probable que se receten antipsicóticos a los afroestadounidenses a dosis más altas y con preparaciones intramusculares de duración más prolongada.

## ASPECTOS RELIGIOSOS Y ESPIRITUALES

La religión y la espiritualidad son variables importantes que modifican bastante los valores del individuo dentro de su propio grupo cultural y que como resultado afectan la manera en que consideran las enfermedades. Aunque muchas personas creen de manera activa en Dios, la mayoría de los médicos y profesionales de salud no integran la religión y la espiritualidad a su trabajo con pacientes médicos y psiquiátricos. Las aplicaciones de la religión y la espiritualidad pueden ser desde adaptativas hasta maladaptativas y ejercer un efecto constructivo o destructivo sobre la salud y la adaptación a la enfermedad. El *DSV-TV* incluye una categoría diagnóstica para individuos que experimentan crisis religiosa o espiritual.

Las prácticas religiosas de los pacientes son muy variables, desde creencias personales hasta participación frecuente en actividades organizadas. Las enfer-

medades médicas graves a menudo producen por lo menos una crisis transitoria que incluye cuestionamientos sobre aspectos espirituales, como el significado de la vida, la naturaleza de la vida y de la muerte o la cuestión de la fe, y la creencia en que el curso de la vida es controlado por un ser sobrenatural. Los temas religiosos y espirituales también destacan de manera prominente en diversos trastornos psiquiátricos. El contenido de los síntomas psicóticos de manía y esquizofrenia o de delirios con base médica por epilepsia de lóbulo temporal, a menudo incluyen dimensiones religiosas o espirituales.

Alfredo A, un hombre de 42 años, ingresó a la unidad psiquiátrica de enfermos, donde la policía lo mantuvo bajo restricción psiquiátrica. El Sr. A había estado meditando en una playa pública por seis días sin ingerir alimentos ni agua y tema apariencia sumamente agitaba y paranoica. Cuando la policía se aproximó a él, les dijo: "yo soy el universo, si ustedes me tocan perturbarán las galaxias". El Sr. A estaba desnutrido y requería de vitaminas y' nutrición suplementaria para estabilizar su estado médico. La detección toxicológica indicó uso reciente de marihuana.

El Sr. A iba acompañado de una amiga quien se identificó como "su amiga y discípula". Ella explicó que el Sr. A vivía en un parque cercano y estudiaba "su forma propia de religión y metafísica", la cual incluía meditación intensiva y ayuno. El tenía antecedentes de otros ingresos por breves episodios psicóticos que desaparecieron en pocos días con antipsicóticos.

Se recetó al Sr. A dosis bajas de antipsicóticos y sus delirios desaparecieron gradualmente. A los pocos días su hostilidad y sus procesos de pensamiento desorganizados también desaparecieron. El estudiante asignado a trabajar con el Sr. A se sorprendió de su nivel de inteligencia y conocimientos de filosofía. Sin embargo, observó que el Sr. A se consideraba de manera narcisista, que "poseía la clave de la vida". También se negaba a reconocer la posibilidad de que la debilidad muscular permanente de sus piernas probablemente fuera resultada de una grave deficiencia vitamínica.

El Sr. A dejó de asistir al programa para graduados de física y realizó breves trabajos de ingeniería antes de comenzar a llevar vida de bohemio. Sólo tenía un amigo y había roto toda conexión con los miembros de su familia. Vivía de los ingresos de su amiga y consideraba que su comportamiento constituía "un camino sagrado". También se negó a recibir tratamiento psicoterapéutico como externo pues según dijo "me voy a sentir bien, sólo necesito meditar cuatro días seguidos".

**Diagnóstico.** Psicosis no explicada de otra manera (eje I); posible trastorno de personalidad con rasgos esquizoides y narcisistas (eje II); desnutrición (eje III).

**Discusión.** En el cuadro 19-2 se comparan las creencias religiosas saludables con delirios patológicos. Aunque esta división es algo arbitraria y conviene considerarla como un continuo entre las creencias saludables y la psicopatología, las creencias espirituales del Sr. A y sus prácticas evidentemente constituyen una maladaptación en diversas áreas como las siguientes: idiosincrática, facilitación de daños físicos y psicológicos autoinfligidos y es incompatible con el funcionamiento social y vocacional normal.

Para resumir, como la religión y la espiritualidad son componentes importantes de la identidad cultural y como estos temas a menudo se activan frente a la amenaza de enfermedades físicas o psiquiátricas graves, el clínico debe tomar en cuenta las creencias y prácticas religiosas y espirituales del paciente al efectuar la valoración.

## SINDROMES RELACIONADOS CON LA CULTURA

Los **síndromes relacionados con la cultura** suelen combinar ansiedad y depresión con componentes de comportamiento. Un ejemplo son los **nervios** de los latinos, que abarcan gran variedad de trastornos *DSAI-IV,* incluyendo el espectro ansioso-depresivo. Otro síndrome similar se conoce en China como **neurastenia** y se incluye como categoría diagnóstica en el *ICD-10.* Este diagnóstico también fue utilizado por Charcot y Freud para describir una combinación de ansiedad y rasgos depresivos coa fatiga y debilidad en las mujeres jóvenes de clase media superior a comienzos del siglo xx. Aunque no se incluyen en el *DSM-IV* otros síndromes análogos como el **colapso nervioso,** también se observan en el folclor estadounidense.

Otros síndromes relacionados con la cultura tienen componentes de comportamiento más pronunciados. La **locura frenética** (o amok, vocablo que ya forma parte del lenguaje vernáculo) se define como un episodio de disociación que afecta principalmente a los varones y va acompañado de estallidos de violencia y comportamientos automáticos repetitivos. El **koro** es un fenómeno descrito en Japón y China que se observa exclusivamente en hombres, y se caracteriza por ansiedad extrema, temor y creencias similares a delirios de que el pene experimenta retroceso hacia el abdo-

**Cuadro 19-2. Características distintivas de las creencias religiosas y de las ideas delirantes patológicas**

| *Creencia religiosa* | *Ideas delirantes religiosas* |
|---|---|
| **Relación con la comunidad** | |
| Participación y unidad con la comunidad | Aislamiento, distanciamiento, exclusión |
| Requiere confianza, convicciones compartidas, consenso comunal | Se basa en falta de confianza, paranoia, formulación idiosincrática |
| Es producto de la tradición e historia: proporciona respuestas a las necesidades humanas comunes y a las ocupaciones comunales compartidas | Fabricada por el individuo en respuesta a una necesidad interna |
| **El uso de símbolos y la capacidad para participar en la realidad transicional** | |
| Se emplean símbolos para representar la trascendencia | Real e inminente |
| Referencias compartidas | Hace referencias a ella misma, es idiosincrática |
| Los rituales y prácticas hacen que la experiencia de la vida sea más profunda | Las prácticas y compulsiones limitan la experiencia y quizá dañen a la persona y a otros |
| Espacio transicional | Colapso del espacio transicional |
| **Nivel de integración y maduración** | |
| Signo de integración | Signo de fragilidad o fragmentación |
| Aumento de significado y realización | Aumenta el sufrimiento y la incomodidad |
| Se adapta a la etapa de desarrollo | Quizá incluya regresión del desarrollo |
| Es moderada por el sistema del ego | Afecto, pensamientos y comportamiento incontrolables |
| **Efectos en el funcionamiento social y vocacional** | |
| Mejora el funcionamiento | Altera el funcionamiento |

men. El *DSM-IV* reconoce que estos síndromes no se adaptan con claridad a ningún trastorno psiquiátrico e incluyen glosario para síndromes relacionados con la cultura y las afecciones relacionados con ellos.

Los síndromes relacionados con la cultura a menudo se consideran sumamente exóticos, a diferencia de otros trastornos que se observan en las culturas occidentales. Sin embargo, muchos síndromes de compartimiento relacionado con la salud se observan principalmente en culturas occidentales, como trastornos alimenticios, el modelo de comportamiento tipo A y el uso de intervenciones quirúrgicas para alterar la imagen corporal como el aumento de mama. Aunque estas afecciones no se clasifican formalmente como síndromes relacionados con la cultura en el *DSM-IV* quizá constituyan el equivalente occidental del mismo fenómeno.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las respuestas emotivas del médico que se ven afectadas por aspectos transculturales se dividen de manera general en reacciones que ocurren cuando el médico y el paciente son de los mismos antecedentes culturales **(contratransferencia intraétnica)** y cuando ambos son de culturas distintas **(contratransferencia interétnica).**

Las respuestas intraétnicas ante los pacientes son de tono emotivo, positivo o negativo. Quizá al clínico le agrade tener contacto con pacientes de los mismos antecedentes étnicos, en particular si se ha sentido aislado o enajenado (sentimientos comunes en los practicantes, en particular cuando provienen de algún grupo étnico subrepresentado). El clínico con rapidez llega a considerar que esos pacientes forman parte de "su familia" lo cual no es indeseable siempre y cuando ellos no se sientan incómodos con esta relación y los sentimientos no interfieran con el criterio del clínico. Sin embargo, el exceso de identificación con el paciente quizá ocasione que el clínico se enoje con o se sienta marginado del resto del equipo al cuidado de la salud.

Los clínicos en ocasiones se sienten culpables por haber sufrido menos o haberse aculturado con más facilidad que los pacientes. También es posible que haya respuestas emotivas de tipo negativo que incluyen una forma de odio a sí mismo que se basa en el origen étnico y se denomina **autorracismo.** Por ejemplo, un médico de algún grupo étnico subrepresentado quizá considere al paciente menos aculturado o con menor nivel educativo con desdén y desprecio, probablemente como resultado de temor no reconocido de que el propio estado de aculturación del médico se revele como vulnerable.

Las reacciones interétnicas abarcan todo el espectro de sentimientos positivos de fascinación y admiración hacia otro grupo cultural, hasta sentimientos negativos de distanciamiento emotivo, ambivalencia, desdén,

temor y odio, Otra respuesta posible es que el clínico no reconozca o niegue las diferencias culturales entre él y su paciente. Inclusive una respuesta positiva puede dar lugar a estereotipos como la creencia de que todos los miembros de determinado grupo étnico son emotivamente estables, inclinados al estudio y tienen otros rasgos admirables. También abundan los estereotipos negativos y las reacciones ante los pacientes. Como siempre, la meta del clínico no es suprimir o silenciar estos sentimientos y pensamientos, sino más bien estar consciente de ellos y asegurarse de que no interfieran con una valoración y tratamiento precisos.

Estefanía J, una estudiante de medicina de raza blanca de 25 años de edad, había estudiado antropología en la universidad, por lo cual se consideraba "totalmente sin prejuicios". Sin embargo, observó que se sentía muy incómoda con uno de sus pacientes, Howard M, un hombre de negocios afroestadounidense de 33 años, que fue hospitalizado por un episodio de manía. La Srta. J se sentía preocupada por la posibilidad de que el Sr. M se pusiera agresivo después que sus síntomas psiquiátricos mejoraran.

Pudo discutir sus sentimientos y temores con el residente y relacionó sus temores con el hecho de haber crecido en un vecindario de gente exclusivamente blanca y a los temores que sus padres sentían hacia las personas procedentes de distintos grupos étnicos. La Srta. J descubrió que el hecho de poder discutir sus sentimientos le permitía trabajar mejor con el Sr. M. Decidió escribir su disertación final sobre las barreras transculturales para la comunicación y continuar expandiendo sus conocimientos y explorar sus propias creencias previamente no reconocidas.

Los estudiantes en ocasiones tienen que afrontar el racismo del paciente y otras respuestas difíciles basadas en antecedentes étnicos.

David F, un estudiante de medicina de 28 años fue asignado a trabajar con Josefa A, una mujer de 54 años que estaba recibiendo tratamiento para cáncer de mama. El Sr. F formó un vínculo cercano con la Sra. A hasta que, cierto día, mientras discutían la situación en que ella vivía, ella describió al conserje de origen judío de manera estereotipada empleando términos racistas. E Sr. F era judío y se sintió traicionado por su propia mezcla de empatía e ira hacia la Sra. A. Entonces le reveló que él era judío y se sintió desalentado cuando ella le respondió "¿de veras?, entonces creo que eso explica por qué usted desea ser médico".

Alfonso E, un estudiante de tercer año de cierta escuela de medicina metropolitana fue programado para efectuar su rotación quirúrgica en un hospital rural a cientos de kilómetros de distancia. El Sr. E disfrutó la rotación pero comentó a un compañero que la experiencia era "como ir a un país extranjero, yo era el único afroestadounidense que la mayoría de estas personas de raza blanca habían visto". Relató que quienes visitaban la unidad psiquiátrica parecían sentir temor de tocar el tema de enfermedades mentales y le preguntaban dónde se encontraba el pabellón para "personas nerviosas".

Además relató que había trabajado de manera cercana con cierta paciente que se estaba recuperando de una intervención cardiaca: El Sr. E observó que durante la semana tras la cirugía, la paciente se encontraba cada vez más alerta pero intrigada por su presencia. Por último le preguntó: "¿no trabaja usted demasiado para ser de la limpieza?" Cuando el Sr. E le explicó que era estudiante de medicina y que estaba a su cuidado, ella dijo con tono de sorpresa en la voz, "¿*ustedes* mi médico?"

Un equipo médico que realizaba rondas matutinas visitó a Mina A, una mujer del este de la India, de 34 años de edad, hospitalizada por cáncer ovárico. El médico responsable se unió al equipo y para pena de los residentes y estudiantes, intentó entrevistar a la Sra. A en español, El residente de mayor jerarquía lo interrumpió con tacto para informarle que la paciente no hablaba español, pero que a pesar de ser algo tímida, hablaba un inglés excelente.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

Con frecuencia surgen diversos aspectos éticos y legales al proporcionar tratamiento psiquiátrico o médico a personas de distintas culturas. Estos temas suelen surgir cuando se emplean los símbolos culturales y metáforas del paciente para aumentar su cumplimiento de los regímenes de tratamiento o cuando se diagnostica alguna enfermedad terminal. Los factores culturales quizá ejerzan un efecto poderoso sobre la manera en que el médico aplica o equilibra los principios de autonomía con consentimiento informado, beneficio y justicia.

Víctor W, un estadounidense de origen vietnamita de 41 años, estaba siendo tratado como interno psiquiátrico por trastorno afectivo bipo-

lar con rasgos psicóticos incluyendo alucinaciones y paranoia. El Sr. W se negaba a tomar el antipsicótico que le habían prescrito y explicaba que sufría un desequilibrio de "calor" y "frío".

El psiquiatra, que también había emigrado del Vietnam le dijo al Sr. W que el antipsicótico restauraría su balance de "calor" y "frío".

Basándose en esto, el paciente comenzó a tomar el medicamento y sus síntomas psicóticos desaparecieron en pocos días. El psiquiatra explicó que consideraba haber actuado de manera ética, ya que pudo establecer un "puente" entre la cultura de la práctica médica estadounidense y las creencias vietnamitas.

Una estudiante de medicina, de raza blanca, del equipo se preguntó si sería ético que ella emplеara la misma explicación para que un paciente en situación similar accediera a someterse a una intervención aunque ella no tenía sus mismos antecedentes culturales.

Es posible que surja algún conflicto transcultural grave en el medio clínico cuando se diagnostica una enfermedad terminal a un paciente. La cultura y la medicina estadounidenses valoran considerablemente el derecho del individuo al consentimiento informado y a autodeterminación individual (toma de decisiones personales). Este valor no siempre es compartido por otras culturas donde la familia o el grupo como entidad es mucho más importante que el individuo. Los miembros de la familia en ocasiones confunden o de manera declarada impiden que el médico trate de manera honesta con el paciente cuando estas diferencias culturales no se reconocen ni se respetan.

Pueden ocurrir conflictos en caso de que los miembros de la familia se sientan alterados por la necesidad de retención involuntaria, o cuando las decisiones de realizar una intervención quirúrgica o algún otro tipo de tratamiento importante deben tomarse sin el consentimiento del paciente. Las personas y sus familias que emigran a los Estados Unidos quizá estén acostumbradas a la manera en que los médicos de su propio país los tratan, la cual con frecuencia es distinta. Las personas que no están acostumbrados a tener contacto con proveedores de cuidados para la salud quizá consideren que los médicos son figuras de autoridad, lo que dará como consecuencia un gran desequilibrio de poder. Los médicos suelen sentirse tentados a usar este aumento de poder para influir de manera indebida la toma de decisiones del paciente.

El equipo de medicina solicitó una consulta ética para Weng Z, un hombre de 72 años que ingresó al hospital para evaluación de hemoptisis (esputo con sangre) y pérdida de peso. El análisis del esputo y la placa torácica revelaron cáncer pulmonar diseminado con mal pronóstico inclusive con quimioterapia. La hija del Sr. Z pidió a los médicos que no revelaran a su padre que padecía cáncer y les explicó que su padre había llegado de China seis meses antes y que los médicos chinos no acostumbraban informar a los enfermos que padecían alguna enfermedad terminal. El Sr. Z dio indicios de lo que deseaba cuando dijo lo siguiente al equipo médico a través de un traductor. "Si esto es algo grave, necesitaré volver a China para estar con el resto de mi familia." No dio otros indicios de que deseara su diagnóstico. El equipo médico tuvo que decidir entre seguir los procedimientos normales en Estados Unidos e informar al paciente de su diagnóstico y sus limitadas opciones, o seguir las prácticas médicas chinas que indicaba la hija, y no revelar al Sr. Z su estado. Ninguna opción les pareció satisfactoria.

El comité de ética propuso una tercera opción: se revelaría al Sr. Z que padecía una enfermedad suficientemente grave como para que regresara a China, sin darle un diagnóstico específico. La hija del Sr. Z también consideró esta opción como conveniente. El Sr. Z recibió este mensaje del equipo médico con semblante adusto, les dio las gracias, e hizo planes para regresar de inmediato a China.

Los aspectos éticos que emergen al trabajar con grupos transculturales abarcan diversas áreas potencialmente problemáticas. Los estudios antropológicos y la cultura médica estadounidense han dado como resultado revisiones críticas de la bioética y del lugar que ocupa en la medicina. Kleinman, Faberge, Good, Koening y otros han detectado sesgos en la bioética occidental, que surgen por el énfasis en la alta tecnología, porque se concibe al paciente como individuo separado de su familia y de su comunidad y por las relaciones de poder implícitas en el modelo de relación médico-paciente.

## CONCLUSION

A consecuencia de la constitución étnica cada vez más diversas de la población estadounidense, y de las diferencias culturales que existen a nivel nacional entre las personas de diversos grupos étnicos, es preciso que los médicos estén familiarizados con las consideraciones teóricas y prácticas con respecto a los efectos de la cultura en la presentación y tratamiento de los trastornos psiquiátricos. El origen étnico ha surgido como un aspecto sumamente importante, difícil y que tiene el potencial de provocar divisiones. En último

término, la experiencia en aspectos transculturales debe incluir una celebración de la diversidad de las experiencias *y* creencias humanas y aumentar la esperanza de cubrir la distancia que separa a los diversos individuos. La competencia cultural puede adquirirse como destreza clínica, aunque quizá sea necesario que muchos practicantes soliciten que se agregue entrenamiento de ese tipo a sus materias actuales.

Los aspectos transculturales de psiquiatría deben abarcar mucho más que la simple comparación de la frecuencia de las enfermedades y sus presentaciones clínicas en las distintas ubicaciones geográficas. En vez de ello, los aspectos transculturales plantean preguntas complejas y apreciación por el papel clave de la cultura, la cual determina el comportamiento relacionado con la salud y el desarrollo emotivo y psicológico. La adquisición de conciencia de los aspectos transculturales y la destreza para usarlos son congruentes con el objetivo del médico dé trabajar con pacientes tan diversos como sea necesario; ser capaz de valorar críticamente los valores, prejuicios y perspectivas de la tradición biomédica occidental, y perseguir las metas del conocimiento de sí mismo y exploración personal durante toda la vida.

## REFERENCIAS


Alarcon RD: Cultural psychiatry. Psychiatr Clin N Am 1995;18(3).

Al-Issa I (editor): *Culture and Psychopathology.* University Park, 1982.

Al-Issa I, Tousignant M (editors): *Ethnicity, Immigration and Psychopathology.* Plenum, 1997.

Bateson MC: *Peripheral Visions.* Harper Collins, 1994.

Comas-Diaz L, Green B (editors): *Women of Color.* Guilford, 1994.

Comas-Diaz L, Griffith EH: *Clinical Guidelines in Cross Cultural Mental Health.* Wiley, 1988.

Desjarlais R et al: *World Mental Health: Problems and Priorities in Low-Income Countries.* Oxford University Press, 1997.

Gaw A (editor): *Culture, Ethnicity and Mental Illness.* American Psychiatric, 1993.

Good BJ: *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropologic Perspective.* Cambridge University Press, 1996.

Kleinman A: *Rethinking Psychiatry.* Free, 1988.

Kleinman A: *Writings at the Margin.* University of California Press, 1997.

Koenig B, Gates-Williams J: Understanding cultural difference in caring for dying patients. West J Med 199S; 163:244,

Lin K-M, Poland RE, Nakasaki G: *Psychopharmacology and Psychobiology of Ethnicity.* American Psychiatric, 1993.

McGoldrick M, Pearce JK, Giordano J: *Ethnicity and Family Therapy.* Guilford, 1982.

Saba GW, Karrer B, Hardy KV (editors): *Minorities and Family Therapy.* Haworth, 1990.

Sargent C, Johnson T: *Medical Anthropology.* Praeger, 1996.

Smith PB, Bond MH: *Social Psychology Across Cultures.* Allyn &Bacon, 1994.

Transcultural Psychiatry (McGill University): http://www.mcgill.ca/Psychiatry/TPRR.html

Tsuang MT et al: *Textbook in Psychiatric Epidemiology.* Wiley, 1995.

Twemlow SW: DSM-IV from a cross-cultural perspective. Psychiatr Ann 1995;25(1):46.

# 20 Aspectos psiquiátricos en personas sin hogar

*Kyra Minninger, MD y David Elkin, MD*

Aunque las enfermedades mentales son frecuentes en poblaciones sin hogar, los cálculos al respecto son variables. Algunos estudios indican que hasta 97% de las personas sin hogar presenta trastornos psiquiátricos; no obstante, estos estudios se efectuaron en medios como salas de urgencias psiquiátricas y clínicas donde la tasa de enfermedades psiquiátricas probablemente era muy superior a la de la población sin hogar en general. Otros estudios más confiables efectuados a través del *National Institute of Mental Health* (Instituto Nacional de Salud Mental), en Estados Unidos, estiman que de la cuarta a la tercera parte de la población sin hogar padece enfermedades mentales crónicas de tipo grave, aunque otros estudios)indican tasas de 50% o más altas. Si se incluyen el abuso de sustancias y otros trastornos psicóticos, como trastornos de la personalidad y ansiedad, las estimaciones de enfermedades psiquiátricas entre las personas sin hogar aumentan mucho más.

Los enfermos mentales sin hogar representan una población heterogénea en términos de diagnósticos médicos y psiquiátricos, nivel de funcionamiento, tratamiento psiquiátrico previo y situaciones previas de vida. Estas personas pueden clasificarse en términos de su situación sin hogar. Las **personas de la calle** a menudo padecen esquizofrenia, trastornos de abuso de sustancias o ambas cosas y suelen tener antecedentes de hospitalizaciones psiquiátricas y problemas médicos. Las **personas que quedan sin hogar** de manera episódica usualmente son más jóvenes, tienen más trastornos de la personalidad, del estado de ánimo y de abuso de sustancias y suelen recurrir a los servicios de salud mental esporádicamente. Las **personas sin hogar a consecuencia de su situación** en general carecen de hogar por algún suceso o serie de los mismos (como, la pérdida del empleo), más que por algún trastorno psiquiátrico, pero están expuestas a depresión y trastornos de ansiedad a consecuencia de su situación.

Las personas sin hogar tienen necesidades especiales y a menudo se les dificulta el acceso a los servicios de salud mental. Los servicios de este tipo para personas sin hogar son pocos por los recortes del presupuesto de salud pública. Los problemas prácticos, como falta de transporte, dificultad para organizar los pensamientos y el comportamiento a consecuencia de la enfermedad mental, reducen aún más la posibilidad de que los pacientes sin hogar y con enfermedades mentales empleen los servicios disponibles. Para que el tratamiento sea eficaz, debe adaptarse a las necesidades de esto población, lo cual constituye todo un reto, pues es preciso ayudar a los pacientes a cubrir sus necesidades básicas como albergue y alimentos, servicios de visita y contactos posteriores.

Diversos factores contribuyen a la elevada prevalencia de enfermedades mentales entre las personas sin hogar. En la década de 1950, se descubrió la clorpromacina, el primer medicamento antipsicótico, y esto condujo a médicos, funcionarios de salud pública y políticos a liberar a cientos de miles de pacientes con enfermedades mentales graves de las instalaciones psiquiátricas a largo plazo. Se planeaba que estos pacientes recibieran cuidados continuos como externos en los centros de salud mental. Sin embargo, a muchos les fue mal tras el alto a la comunidad. Varios de ellos estaban demasiado desorganizados para solicitar cuidado como externos y además las clínicas para externos contaban con fondos muy escasos, por lo cual no pudieron suministrar cuidados a las personas que solicitaron servicios psiquiátricos.

En los últimos 15 años los notables cambios de tipo social, político y económico contribuyeron a un incremento drástico de las personas sin hogar en general, y también de personas sin hogar con enfermedades mentales. La disminución de viviendas disponibles para personas de escasos recursos, patrones cambiantes de oportunidades de empleo industrial, deficiencias en el sistema educativo, reducciones en los programas para bienestar social y patrones cambiantes en las relaciones familiares contribuyeron a este incremento.

Las personas que padecen enfermedades mentales han resultado particularmente afectadas por estos cam-

bios debido a sus síntomas que presentan, a sus discapacidades, a la carencia de recursos y la dependencia de otros. Además, son susceptibles a estigmatización, descuidos y victimización. En consecuencia, las personas con enfermedades mentales graves son particularmente vulnerables y corren alto riesgo de queda sin hogar. Cierto estudio determinó que las personas sin hogar que padecen enfermedades mentales identificaban a sus problemas económicos y sociales más que a los síntomas de enfermedad mental como principal motivo de su carencia de hogar.

## PROBLEMAS DE SALUD MENTAL ENTRE LAS PERSONAS SIN HOGAR

El estereotipo de la persona sin hogar con enfermedad mental es el de una persona que padece enfermedad crónica grave del tipo de la esquizofrenia. Sin embargo, la mayoría de las personas sin hogar con enfermedad mental padecen otro tipo de enfermedades como depresión, fobias y ansiedad o trastornos de la personalidad. La elevada prevalencia de trastornos mentales y trastornos de abuso de sustancia no resulta sorprendente, dado que es probable que estas enfermedades contribuyan a que el individuo pierda su hogar y en ocasiones no lo recupere.

Puede predecirse que las combinaciones de trastornos psiquiátricos serán altas en la población sin hogar, ya que los síntomas de un trastorno empeoran los de otro. Por ejemplo, el alcohol es un depresor y ocasiona o exacerba los síntomas de depresión, y a su vez la depresión en sí conduce a mayor consumo de alcohol. Afrontar las enfermedades mentales es mucho más difícil en el contexto de abuso continuo de sustancias.

En el cuadro 20-1 se indica la prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes sin hogar según un estudio efectuado por Breakey en 1989. En este estudio se incluyeron 298 hombres y 230 mujeres seleccionadas aleatoriamente en más de 20 sitios de muestreo donde se daba servicio a adultos sin hogar en el área de Baltimore, Maryland (contó misiones, albergues y la cárcel). Una submuestra de 203 personas elegidas al azar de la encuesta basal se sometieron a examen psiquiátrico y físico. Los resultados fueron notables, ya que más de 90% de los varones y casi 80% de las mujeres presentaron trastornos psiquiátricos de tipo activo o en etapa de remisión.

**Cuadro 20-1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en personas sin hogar**

| | *Porcentaje de hombres (n = 125)* | *Porcentaje de mujeres (n = 78)* |
|---|---|---|
| **Trastornos del eje I** | 91.2 | 79.5 |
| Esquizofrenia | 42.0 | 48.7 |
| Trastornos bipolares | 12.1 | 17.1 |
| Depresión grave (unipolar) | 11.3 | 15.8 |
| Demencia | 3.3 | 0 |
| Otros | 8.0 | 7.8 |
| **Trastornos de uso de sustancias (actuales o en remisión)** | 75.4 | 38.2 |
| Alcohol | 68.1 | 31.6 |
| Otras drogas | 22.4 | 16.7 |
| **Sin trastornos del eje I** | 8.8 | 20.5 |
| **Eje II (trastornos de la personalidad)** | 46.5 | 45.3 |

### ESQUIZOFRENIA

La prevalencia de la esquizofrenia a nivel mundial es del 1 al 1.5%, pero cerca de mitad de las personas sin hogar la padecen. La esquizofrenia es una enfermedad crónica cuya intensidad aumenta y disminuye y se caracteriza por episodios de psicosis (véase cap. 4). En general, el individuo presenta pensamiento desorganizado, experimenta alucinaciones visuales o auditivas y suele estar bastante paranoico. Los síntomas varían drásticamente de una a otra persona: es posible que la persona esquizofrénica guste de hablar mucho, presente comportamiento extraño y utilice ropa estrafalaria o inadecuada; por otra parte, otras personas con esta afección experimentan ensimismamiento, dejan de hablar y de moverse, y están inmaculadamente arreglados.

Aunque la esquizofrenia existe en todas las culturas y grupos socioeconómicos, parece prevalecer más en los grupos de nivel socioeconómico bajo. La **hipótesis de deslizamiento descendente** mantiene que las personas afectadas pasan a un grupo socioeconómico inferior o no logran salir de él a consecuencia de su enfermedad. La **hipótesis de causalidad social** postula que las mayores tensiones que experimentan los miembros de grupos* socioeconómicos inferiores, contribuyen a que desarrollen esquizofrenia.

El Sr. L, de 23 años de edad, acudió a la clínica para personas sin hogar por una infección cutánea en el tobillo. Sus ropas estaban rotas, no tenía calcetines e indicó que había caminado la mayor parte del día. Evidentemente era inteligente pues contaba con un amplio vocabulario y fórmalo preguntas sagaces sobre la terapia con antibióticos. Pero cuando el estudiante de medi-

cina que lo evaluaba le preguntó dónde solía pasar la noche, el Sr. L asumió una actitud ansiosa y suspicaz.

"¿Así que usted ya la sabe?", dijo el Sr. L al estudiante. Este le preguntó al Sr. La qué se refería.

"Ya sabe de qué estoy hablando, ¿verdad? Puedo leer sus pensamientos", le contestó el Sr. L.

El estudiante le aseguró que no sabía a qué se refería y le pidió que se lo explicara. El se calmó y le reveló que desde que tenía siete años de edad se había "enterado" de algo que el gobierno deseaba mantener en secreto. Describió un plan ilusorio de tipo complejo que incluía a Marilyn Monroe, el asesinato del presidente Kennedy, el calentamiento global y el tratado de libre comercio de Norteamérica. Agregó que habían intentado asesinarlo en varias ocasiones, pero él "habría logrado adelantárseles". Esto explicaba por qué caminaba constantemente durante el día y su negativa a permanecer en los albergues por la noche. "No debo dejar de moverme para que ellos no sepan donde estoy, agregó".

Además estaba convencido de que "La Compañía" había colocado un transmisor electrónico en su cabeza varios años antes. "Así es como me detectan y saben qué es lo que estoy pensando. Inclusive los he escuchado hablar de mí en ocasiones, pero no saben que el transmisor también es un receptor y por eso me entero de lo que planean".

Cuando era adolescente, sus padres lo llevaron al psiquiatra quien le recetó elevadas dosis de tiotixina, un antipsicótico. El Sr. L reportó que el medicamento "lo dejaba somnoliento y le impedía pensar correctamente, y en ese estado le era imposible defenderse". Cuando terminó la preparatoria comenzó a asistir a la universidad, pero abandonó los estudios dos meses después. Sus padres lo ayudaron a solicitar ayuda económica de discapacidad que le permitían pagar un sitio para vivir y alimentos, pero el Sr. L pasó seis meses a bordo de trenes, viajando de norte a sur de la costa oeste, y sólo se detenía ocasionalmente para llamar por teléfono a sus padres y advertirles "que corrían peligro mortal" por sus vínculos con él.

El Sr. L perdió su pensión por discapacidad cuando se negó a asistir al examen de renovación. "En ese edificio tienen computadoras y eso es para un solo fin: para descargar toda la información que está almacenada en el aparato que traigo en la cabeza." Así, a pesar de que disponía de ayuda psiquiátrica y de un ingreso mensual que le permitía pagar su alojamiento y alimentos, el Sr. L estaba demasiado paranoico como para utilizar esos servicios.

Otro estudiante recordó que había visto al mismo paciente en la clínica de cirugía a comienzos del año solicitando una intervención quirúrgica del cerebro para "que le extrajeran el transmisor que llevaba implantado". El estudiante alentó al Sr. L a asistir a citas de seguimiento en la clínica mental cercana. Aunque él estaba demasiado paranoico como para aceptar ayuda, le dijo "regresaré posteriormente para hablar con usted si lo desea, pues me inspira confianza".

Este caso ilustra lo difícil que es para los pacientes con esquizofrenia utilizar los servicios disponibles. Sin embargo, el contacto con un entrevistador de amplio criterio en las clínicas para personas sin hogar, quizá fomente su confianza y colabore a que empleen ese tipo de servicios.

### Esquizofrenia y trastornos comórbidos

Las personas que padecen esquizofrenia tienen probabilidades de sufrir también depresión. Cerca de 50% de las personas con esquizofrenia intentan suicidarse en determinado momento. La posibilidad de cometer suicidio es igual en varones y en mujeres y en 10 a 15% tienen éxito en el intento. Diversos factores de riesgo se relacionan con el suicidio en pacientes con esquizofrenia: síntomas depresivos, edad joven, niveles altos de funcionamiento (p. ej., estudios universitarios) antes de desarrollar síntomas psicóticos, alta reciente del hospital, desempleo, aislamiento social y el hecho de que vivan solos. De 30 a 50% de las personas que padecen esquizofrenia abusan del alcohol o dependen de él, de 15 a 25 % fuma marihuana y de 5 a 10% usa cocaína. El uso de sustancias generalmente exacerba los síntomas psicóticos subyacentes.

### Tratamiento de la esquizofrenia en personas sin hogar

Las intervenciones psicosociales de tipo individual son igual de importantes que los medicamentos para tratar a las personas sin hogar que padecen perturbaciones psiquiátricas graves del tipo de la esquizofrenia. El médico debe ofrecer servicios que el paciente considere de valor. La persona sin hogar se mostrará más preocupada por obtener alimentos que por cualquier otra cosa, de modo que la ayuda para obtener alimentos gratuitos quizá sea de gran valor. Algunas personas han tenido experiencias negativas en el pasado y quizá desconfíen de los médicos. La esquizofrenia en sí a menudo provoca

paranoia y suspicacia que quizá se dirijan en contra del médico y también en contra de toda la institución médica.

Se debe alentar a los pacientes a tomar medicamentos antipsicóticos o por lo menos considerar la posibilidad de hacerlo. Es más probable que tomen sus medicamentos si el médico les explica que les permitirá reducir su ansiedad, mejorar el sueño y les ayudarán a organizar sus pensamientos, además de reducir la paranoia, la grandiosidad y las alucinaciones auditivas y visuales. Aunque los antipsicóticos son eficaces para reducir los síntomas de psicosis, la tasa de incumplimiento es alta entre los pacientes esquizofrénicos (en el cap. 4 se incluye una discusión detallada de las opciones de tratamiento disponible para este tipo de casos).

## DEPRESION

La depresión es frecuente en personas sin hogar. Como ya se mencionó, es probable que los síntomas depresivos se exacerben por el hecho de que la persona carezca de hogar y la depresión en sí quizá contribuya a que el individuo pierda su hogar y no lo recupere. La depresión ocurre con mayor frecuencia en personas que carecen de relaciones cercanas, o que están divorciadas o separadas. Dada la alta prevalencia de depresión entre la población sin hogar, el médico debe considerar su posible existencia al realizar el diagnóstico diferencial. A menudo, el médico pasa por alto la depresión porque no formula las preguntas de detección adecuadas. En algunos casos, los síntomas de depresión se consideran como una reacción normal ante la tensión que provoca el hecho de carecer de hogar, lo cual excluye la oportunidad de valorar la depresión preexistente o de tipo más grave.

### La depresión y los trastornos comórbidos

En ocasiones, las personas recurren a las drogas o el alcohol para enmascarar la depresión. Aunque considere que el abuso de sustancias le ayuda a afrontar los síntomas de depresión, el uso de drogas interfiere con su capacidad para encontrar métodos más constructivos con el fin de afrontar los problemas y también exacerba los síntomas subyacentes.

El Sr. D, un afroestadounidense, de menos de 30 años, se presentó a una clínica de estudiantes de medicina para personas sin hogar, para tratamiento de un absceso en la boca. Solicitó codeína para el dolor hasta qué pudiera ver al dentista. El examen físico demostró que tenía varios dientes rotos y faltantes y las encías inflamadas. El estudiante de medicina que lo examinó observó que era inteligente y sabía comportarse con corrección, aunque también notó que dejó caer los hombros cuando se le indicó que la clínica no proporcionaba opioides para el alivio del dolor. El estudiante le dijo "esto debe ser algo muy difícil para usted y parece que ha estado sufriendo por bastante tiempo". Este comentario empático hizo que el Sr. D se sintiera comprendido, por lo cual comenzó a hablar de lo difícil que era vivir en albergues o en el parque cercano.

Pidió otras citas para cuidados dentales y médicos, pero no asistió a ellas. Cuando el estudiante le preguntó la razón, él le explicó que generalmente salía a "obtener cocaína; ya sé que no está bien pero me hace sentir mejor bien. Por eso cada vez que tengo algo de dinero voy y compro un poco". El Sr. D realizaba trabajos artísticos a cambio de dinero, pero nunca lograba ahorrar suficiente para pagar la renta y el depósito de un departamento. Además se sentía demasiado avergonzado como para pedir ayuda a sus padres o a su hermana. Expresó su odio contra sí mismo en la siguiente, respuesta, "¿Por qué querrían prestarme dinero para comprar cocaína? es una situación desesperada, ¿sabe?". Presentaba muchos síntomas de depresión y describió parte del atractivo de la droga como sigue: "es el mejor método que conozco para que esos sentimientos desaparezcan, cuando menos por un rato".

El Sr. D describió que dos años antes había tenido un periodo de sobriedad de 10 meses, mientras participaban en un protocolo de investigación en el cual se empleó fluoxetina para controlar el deseo de usar cocaína. Tenía contactos telefónicos para el programa de rehabilitación de drogas pero agregó "aunque tengo los teléfonos desde hace tiempo, hay que aguardar mucho y entonces pierdo el deseo de asistir". Se le instó a ponerse en contacto con la clínica de salud mental de la localidad para el seguimiento incluyendo evaluación para antidepresivos y terapia, y a participar en las juntas de Narcóticos Anónimos para ayudarlo a perseverar en su deseo de entrar en el programa de rehabilitación.

Al final de la entrevista, el Sr. D se mostró más optimista acerca de sus posibilidades de romper su ciclo de uso de drogas y carencia de hogar. "Realmente esto me ayudó a mirar las cosas en perspectiva", dijo refiriéndose a su cita en la clínica para personas sin hogar, "Creo que esta vez sí lograré perseverar." Sin embargo, una llamada de seguimiento a la clínica de salud mental dos semanas después reveló que el Sr. D no había solicitado su cita de evaluación.

### Tratamiento de la depresión en personas sin hogar

La elección del tratamiento depende de la causas de los síntomas de depresión. Cuando existe abuso de sustancias continuo de tipo importante, entonces se recomienda asistir a un tratamiento para abuso de sustancias y realizar una evaluación posterior de los síntomas de estado de ánimo tras un periodo de sobriedad. Se considera el tratamiento con antidepresivos en personas que experimentan sufrimiento significativo y dificultad para funcionar a consecuencia de las perturbaciones del estado de ánimo. Al trabajar con la población sin hogar, el médico suele encontrar barreras para el tratamiento, y quizá sea difícil contar con servicios psiquiátricos adecuados, en particular si el paciente carece de recursos y no logra asistir a las citas programadas con regularidad.

## ABUSO DE SUSTANCIAS

Los trastornos que más prevalecen entre las personas sin hogar son los que se relacionan con el uso de sustancias. Según el estudio de Breakey, la tasa de abuso de sustancias es extremadamente elevada entre las personas sin hogar; a 69% de hombres y a 38% de mujeres se les diagnosticó alcoholismo probable o definitivo. La prevalencia de otros trastornos de uso de sustancia también es considerable, aunque más baja que la de uso de alcohol, y se observó poca diferencia entre los sexos. Se detectaron elevadas tasas de comorbilidad para enfermedades mentales y abuso de sustancias y también para trastornos físicos. Entre los hombres que presentaban trastorno de uso de alcohol activo o en remisión 38% padecía también alguna enfermedad mental grave; asimismo, 32% de las mujeres presentaba alguna enfermedad mental grave.

## SUICIDIO

Alrededor de treinta mil muertes se atribuyen a suicidio al año y es probable que se produzcan una cantidad diez veces mayor de intentos de suicidio. Estas estadísticas no toman en cuenta los comportamientos crónicos de autodestrucción como sospechosa inclinación a los accidentes, alcoholismo, tabaquismo y mal apego a los regímenes de tratamiento para enfermedades médicas. Las personas sin hogar corren mayor riesgo de suicidio que la población general por diversos factores. El trabajo suele proteger en contra del suicidio, mientras que el descenso de estatus socioeconómico (descensos particularmente entre las personas sin hogar) aumenta el riesgo del mismo. Las personas sin hogar presentan tasas más altas de enfermedades mentales y uso de sustancias que la población en general y estos factores se correlacionan bastante con el riesgo de suicidio. El riesgo de suicidio entre quienes usan heroína es veinte veces más alto que entre el público en general. La ruptura de relaciones y matrimonios también aumenta el riesgo de suicidio. Otros factores de riesgo de suicidio que se observan con frecuencia en poblaciones sin hogar incluyen enfermedad médica, antecedentes de problemas legales, comportamiento impulsivo, alejamiento de la familia, poco apoyo social y sentimientos de enajenación de la sociedad.

Aunque no se dispone de estadísticas precisas con respecto al suicidio en personas sin hogar, es necesario efectuar una detección cuidadosa entre este tipo de personas para determinar si tienen pensamientos o comportamiento suicidas. El acceso a cantidades letales de drogas, uso de drogas intravenosas, trastornos de personalidad *borderline,* estilo de vida caótico, impulsividad, desesperación, depresión y otras enfermedades mentales graves, además de intoxicación, son todos factores de riesgo que deben tomarse en cuenta para valorar el riesgo de suicido entre pacientes sin hogar. Cuando es imposible estabilizarlos como externos , quizá está indicada la hospitalización psiquiátrica.

## PROBLEMAS DE SALUD FISICA

La prevalencia de problemas de salud física es alta entre las personas sin hogar. Los problemas de salud comunes incluyen enfermedades de vías respiratorias, incluyendo tuberculosis; enfermedades vasculares periféricas; problemas dermatológicos; enfermedades infecciosas como las de transmisión sexual, y traumatismos. Las tasas de mortalidad son más altas entre personas sin hogar, en parte por su mayor exposición a las toxinas ambientales y a otros riesgos de la vida en la calle como traumatismos, mala nutrición, mala higiene personal y aumento del riesgo de enfermedades infecciosas por apiñamiento y debilitamiento. Las personas que padecen esquizofrenia, tienen una tasa de mortalidad más alta por accidentes y causas naturales que la población en general, y las personas sin hogar que padecen esquizofrenia corren un riesgo aún más alto. Los estudios demuestran que hasta 80% de las personas sin hogar con esquizofrenia también presenta afecciones médicas concurrentes y que hasta 50% de esas afecciones no se diagnostican.

## ASPECTOS DEL TRATAMIENTO PARA PERSONAS SIN HOGAR

El tratamiento de trastornos mentales en las personas sin hogar requiere un plan completo que tome en cuenta los problemas sociales que complican y causan enfermedades mentales. Los medicamentos que se

emplean para trastornos psiquiátricos son de ayuda, pero es probable que un plan exclusivamente psicofarmacológico falle por mal apego, uso de sustancias, falta de cuidados de seguimiento y el efecto desestabilizante de la falta de hogar sobre la propia enfermedad. Otras opciones de tratamiento que quizá ayuden a reducir tanto las enfermedades mentales como la falta de hogar incluyen:

- Servicios sociales que ayuden a los pacientes a encontrar un sitio donde vivir (p. ej., albergues de la localidad) o alimentos. También se les puede ayudar a solicitar los servicios para los cuales califican incluyendo fondos de discapacidad del seguro social, Medicaid (un plan de salud para pacientes indigentes) y estampillas para adquirir alimentos.
- Clínicas de salud pública para externos, que aunque generalmente tienen pocos fondos ofrecen servicios como citas psiquiátricas que tal vez ayuden a los pacientes a romper el ciclo de enfermedad mental y falta de hogar. Los veteranos militares pueden ser dirigidos a programas de la administración de veteranos.
- Programas de abuso de sustancias que les ayudarán a reducir o eliminar los problemas de alcohol y drogas. Estos programas han sufrido recortes por reducción en el presupuesto de salud pública y con frecuencia las listas de espera son de dos meses o más. Algunos programas requieren que el interesa - do se comunique por teléfono o se presente personalmente para continuar reservándole el lugar. Mientras tanto, se puede alentar a los pacientes a acudir a grupos como Alcohólicos Anónimos (AA), que tienen juntas cotidianas de tipo gratuito.
- El apoyo social que ofrecen grupos como AA a menudo es de gran valor para personas sin hogar que luchan con dependencia de alcohol y drogas y con sentimientos de marginación.
- En los últimos años se han creado otros programas innovadores para ayudar a las personas sin hogar. Los programas de asistencia móvil llevan a psiquiatras y trabajadoras sociales a la calle para proporcionar servicios de salud mental a personas sin hogar "en el campo". Diversas escuelas de medicina han desarrollado clínicas médicas gratuitas junto con albergues para personas sin hogar, las cuales permiten que los estudiantes de medicina aumenten su experiencia clínica supervisada mientras proporcionan los servicio psiquiátricos y médicos tan necesarios. Aunque el campo que abarca estas clínicas es limitado, el contacto con las personas sin hogar puede servir como puente para lograr un mejor acceso al seguimiento en clínicas ya existentes. Otros programas emplean administradores de casos para llevar a cabo el trabajo de contacto y proporcionan a Tos pacientes sin hogar ayuda completa para obtener los servicios médicos psiquiátricos y sociales disponibles, alentándolos y ayudándolos a inscribirse en servicios como programas para uso de sustancias y para vivienda.

## OBSTACULOS PARA LOS CUIDADOS DE SALUD MENTAL EN PERSONAS SIN HOGAR

Las mismas enfermedades mentales que requieren cuidados probablemente interfieran con la capacidad del individuo para emplear la ayuda disponible. Por ejemplo, algunas personas que padecen esquizofrenia pueden estar paranoicas, y como resultado al asistir a las instalaciones de cuidados de salud lo harán con suspicacia. La psicosis, demencia, o uso de sustancias pueden ir acompañados de disminución del juicio y de la comprensión, de tipo tan grave que el paciente no se dé cuenta de que necesita ayuda. Las enfermedades mentales también ocasionan desorganización e incapacidad para planear o ejecutar tareas simples como una llamada por teléfono o presentarse para la cita. La depresión y el uso de sustancias quizá impida que la persona solicite ayuda por considerar que su vida ya no puede mejorar.

Diversos obstáculos externos también impiden que las personas sin hogar, reciban cuidados de salud mental adecuados, entre ellos:

- Falta de seguro de salud.
- Falta de dinero para comprar medicamentos o para cubrir necesidades de tipo fundamental como alimentos o alojamiento.
- Carencia de transporte como resultado de la pobreza o incapacidad para caminar largas distancias (p. ej., por infecciones en el pie, debilidad por hambre o ropa inadecuada).
- Falta de apoyo social como familiares y amigos que son fundamentales para la salud mental de todo individuo.
- Carencia de medios para comunicarse (p. ej., teléfono o buzón de correos).
- Servicios de mala calidad. Existen menos clínicas para externos y quizá éstas sólo ofrezcan cuidados a los pacientes con enfermedades más graves, por ejemplo, individuos suicidas o psicóticos. Es pro bable que no den atención a las personas con afecciones más leyes, del tipo de la depresión.
- Compromiso inadecuado de la sociedad para reducir el número de personas sin hogar y los problemas sociales que favorecen la pérdida del hogar, en particular la pobreza.

## REACCIONES EMOTIVAS ANTE LOS PACIENTES

Las reacciones emotivas del clínico ante un paciente sin hogar se relacionan principalmente con la falta de hogar del mismo o con enfermedades específicas. Por ejemplo, es probable que el médico experimente fuertes sentimientos de temor de no contar con recursos adecuados. O quizá se siente culpable, considere que tiene cosas que no merece y sienta vergüenza por tener un sitio donde dormir, un hogar, un automóvil y otras pertenencias, además de relaciones y estudios.

También surge contratransferencia en médicos que trabajan con pacientes con determinados trastornos mentales. Por ejemplo, quizá el médico se siente enojado o frustrado contra el paciente que continúa abusando del alcohol, a pesar de los esfuerzos para alentarlo a que alcance la sobriedad. Tal vez experimente sentimientos de molestia por la negación del paciente o la minimización de su dependencia de las drogas; también puede experimentar dudas personales, falta de confianza en sí mismo o sentimientos de impotencia como resultado de su incapacidad para impedir que el paciente use drogas, o quizá sienta odio hacia los pacientes con actitud manipulativa. Al trabajar con personas que padecen enfermedades mentales crónicas de tipo grave como esquizofrenia, los clínicos probablemente experimenten sentimientos de confusión, temor, ira o ansiedad. Si comprenden estos sentimientos podrán trabajar con más eficacia con esta población.

## ASPECTOS TRANSCULTURALES

Las personas de distintos grupos étnicos son afectadas de manera distinta por las presiones socioeconómicas. Numerosos estudios documentan que un número inusitadamente alto de afroestadounidenses y latinos carecen de hogar. Los aspectos raciales y culturales también afectan el tratamiento. Por ejemplo, aunque la incidencia de la depresión no varía según la raza, los clínicos suelen subdiagnosticar los trastornos del estado de ánimo y diagnosticar de manera excesiva esquizofrenia en personas con antecedentes raciales o culturales distintos de los propios. Los estudios han demostrado que los médicos de raza blanca en particular tienden a subdiagnosticar trastornos del estado de ánimo y diagnosticar esquizofrenia de modo excesivo en pacientes afroestadounidenses y latinos. Los factores culturales afectan la manera en que el paciente percibe su enfermedad, sus creencias sobre las causas y curas de las enfermedades mentales y su fe en los tratamientos que proporciona la medicina occidental.

## ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

La hospitalización involuntaria es el aspecto legal que más se relaciona con el suministro de cuidados médicos a personas sin hogar. En la mayoría de los estados, los individuos pueden ser hospitalizados en contra de su voluntad y colocados bajo restricción legal varios días para un periodo de evaluación inicial. Las personas pueden ser hospitalizadas involuntariamente en tres casos: cuando constituyen un peligro para sí mismas, cuando constituyen un peligro para otras o cuando son incapaces de cuidar de sí mismas, es decir "se encuentran gravemente incapacitados".

El significado de ser capaz de cuidar de sí mismo es algo complejo y al nivel más fundamental se enfoca en la propia capacidad para obtener alimentos, ropa y alojamiento. Muchas personas sin hogar subsisten en albergues, tiendas de campaña protegidas o debajo de las supercarreteras. Saben donde encontrar alimentos gratuitos y ropa, de iglesias u organizaciones comunitarias y limosnean dinero u obtienen otro tipo de ayuda financiera estatal para adquirir los artículos que necesitan.

Las personas sin hogar incapaces de cuidar de sí mismas pueden padecer hipotermia por dormir en las calles, quedar desnutridos y presentar signos de inanición o desarrollar complicaciones médicas como quemaduras solares o congelamiento. En ocasiones es difícil determinar si la persona sin hogar es capaz de cuidar de sí misma o si requiere hospitalización. La decisión debe considerarse cuidadosamente ya que las consecuencias de no hospitalizar a alguien pueden ser graves e inclusive poner en peligro su vida. Sin embargo, quitar la libertad de manera innecesaria constituye una violación de derecho del individuo a efectuar decisiones de tipo fundamental con respecto a su vida.

El cuidado de pacientes sin hogar, que a menudo carecen de seguro de salud se ha dificultado cada vez más a consecuencia de los recortes en los fondos para el cuidado de la salud. Antes, los hospitales de salud pública y las clínicas que proporcionaban servicios médicos y psiquiátricos recuperaban parte de sus gastos mediante fondos estatales y federales y cobrando tarifas más altas a los demás pacientes. De este modo, se solicitaba de una tercera persona que cubriera el costo de los pacientes que carecían de seguro y recibiera pago diferido. Los recortes de costos por las organizaciones de administración de salud y las compañías de cuidados administrados han llevado a que estas organizaciones se nieguen a asumir la misma personalidad para los pacientes que carecen de seguro. Los recortes del presupuesto estatal y del federal han aumentado la escasez de fondos públicos disponibles para cubrir este tipo de gastos.

Por otra parte, las compañías de administración de cuidados (que en ocasiones son lucrativas) están dispuestas a asumir la administración de hospitales y clínicas de salud pública. Aunque quienes están a favor de esta acción argumentan que es preciso restringir el costo de los cuidados para la salud, quienes la critican temen que los incentivos financieros produzcan un recorte muy amplio de servicios y negativa de cuidados, de modo que las personas más vulnerables (los que carecen de seguros o relaciones políticas) probablemente reciban aún menos cuidados de los que disponen en la actualidad. Como los servicios psiquiátricos con frecuencia experimentan más reducciones que los demás tipos de cuidados para la salud es probable que los pacientes sin hogar con enfermedades mentales graves queden más marginados. Tal vez los médicos tengan que afrontar la difícil situación de seguir las órdenes de las instituciones de administración de cuidados de negar servicios a las personas sin hogar, lo cual a su vez ocasionará más posibilidad de progresión de las enfermedades o de muerte por enfermedad por exposición, o tal vez tengan que afrontar el riesgo de perder su empleo en caso de hacer lo contrario.

## CONCLUSION

Aunque las personas sin hogar tienen mucho en común, cada individuo tiene necesidades especiales. Las personas sin hogar tienen diversas desventajas que impiden que reciban tratamiento y en general subutilizan o utilizan de manera inadecuada los servicios de salud. Estos problemas pueden ser consecuencia de los efectos de su propia enfermedad mental, que interfieren con la capacidad para reconocer y admitir la presencia de la propia enfermedad, afectan la motivación o deseo de recibir tratamiento y alteran la capacidad para negociar los servicios disponibles en un sistema sumamente complicado.

## REFERENCIAS

Breakey WR et al: Health and mental health problems of homeless men and women in Baltimore. JAMA 1989; 262:1352.

Cohen CI: Down and out in New York and London: a cross-national comparison of homelessness. Hospital Commun Psychiatr 1994;45:769.

Cohen CI, Thompson KS: Homeless mentally ill or mentally ill homeless? Am J Psychiatr 1992;149:816.

Herman D et al: Self-assessed need for mental health services among homeless adults. Hospital Commun Psychiatr 1994; 119(44): 1181.

Jecker NS: Caríng for socially undesirable patients. Cambridge Q Healthcare Ethics 1996;5:500.

Kaplan H, Sadock B (editors): *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry,* 7th edition. Williams & Wilkins. 1994.

National Resource Center on Homelessness and Mental 111-ness: http://www.prainc.com/nrc

Susser E et al: Psychiatric problems in homeless men. Arch Gen Psychiatr 1989;46:845.

# Indice alfabético

NOTA: los números de página en negritas indican un tema importante. La c después del número de página indica cuadro y la después del número de página significa figura. Los fármacos se mencionan por sus nombres genéricos, pero cuando se incluye el nombre comercial de alguno se proporciona al lector el nombre genérico como referencia.

**E**

**F**



**G**

**J**



**K**



**L**

**T**




# Psiquiatría Clínica

En la actualidad los médicos generales y otros proveedores de cuidados primarios para la salud deben resolver los problemas psiquiátricos de sus pacientes día tras día. Como generalmente los enfermos sienten más confianza hacia su médico de cabecera, estos médicos a menudo deben afrontar diversos trastornos psiquiátricos, valorarlos, diagnosticarlos y darles tratamiento. El presente texto se diseñó con el propósito de preparar a los estudiantes de medicina para que resuelvan estas difíciles situaciones.

Mediante la introducción de los estudiantes a trastornos psiquiátricos muy diversos y sus principales características, el presente texto describe las causas, manifestaciones clínicas, el diagnóstico y tratamiento de las principales enfermedades psiquiátricas. Se presentan casos de estudio en diversos entornos clínicos con el fin de que los lectores queden mejor preparados para responder a las preguntas de sus pacientes y proporcionarles una valoración y un diagnóstico eficaces, además de proporcionarles tratamiento o referirlos.

**Características**

- Cubre gran variedad de diagnósticos psiquiátricos y las peculiaridades fundamentales de los principales trastornos psiquiátricos.
- Concede importancia a las técnicas de entrevista y destrezas diagnósticas.
- Ilustra los principios fundamentales, incluyendo más de 100 casos de estudio.
- Siempre concede el primer lugar de importancia al paciente.
- Repasa la forma de valorar al enfermo y efectuar el examen del estado mental.
- Introduce y define los principales términos.
- Tiene en cuenta a poblaciones especiales, enfermos de SIDA, métodos basados en la teoría de sistemas, cuidados transculturales, así como aspectos relacionados con la mujer y con personas sin hogar.

*McGraw-Hill Interamericana*
*Editores, S.A. de C.V.*

*A Subsidiary of The* ***McGraw-Hill*** *Companies*






ISBN: 970-10-2893-7